

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Nº P19- 057970

ND: 51427

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 057970

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BADERNZ RACHID

Date de naissance : 07-06-1967

Adresse : HAB

Tél. : 0678061086

Total des frais engagés : 609,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdesslam EL MADANI
Chirurgien
22 Bd. Charles Blaizot - 90000 - Constantine
Tél: 0622 18 89 08 - 054 22 18 89 08

Date de consultation : 21/11/2020

Nom et prénom du malade : AHMAOUI AMAL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CATA

Le : 17/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
01.12.2012	CS	1	37000	Dr. Alain El Khoury 22 Bd. Charles de Gaulle - 6960 Lyon

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Croix-Rousse 18-05-2012 65.08.57 N° 149 Lissabon	01.12. de 20	309,20

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

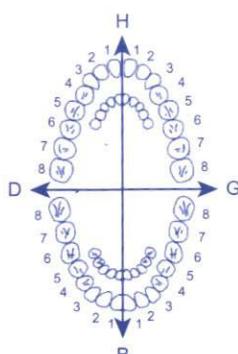
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdeslam El Madani

Chirurgie Viscérale & Digestive Coelioscopique
Lauréat de la faculté de médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ex chirurgien à l'hôpital militaire de Meknès



جراحة السالم المداني
جراحة الجهاز الهضمي والغدد الجراحت بالمنطار
خريج كلية الطب بباريس
جراح سابق بمستشفيات باريس
جراح سابق بالمستشفى العسكري بمكنا

Coeliochirurgie

Chirurgie Viscérale et Digestive

Chirurgie Cancerologique

Chirurgie Gynécologique et Endocrinienne

Proctologie - Chirurgie des Varices

circoncision

Casablanca, le 01.12.2020 الدار البيضاء في

جراحة بالمنظار
جراحة الجهاز الهضمي و المخرج
جراحة الباطنية و العامة
جراحة النساء و الغدد
جراحة السرطان - جراحة العروق
الختان

13,20 x 3

1 ALGIK CP

13,10 x 2

2 RELAXOL CP

Prendre 1 Comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas

14,20 x 2

3 DIFAL 50 MG

Prendre 1 Comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours

25,00

4 INESO 20 MG

1 - 0 - 0

5 PORPHYRAL HSP DERM

ne appeler - 2 X 1

14/12/2020

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 20E010
PER.:12/21
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 20E012
PER.:12/22
6 1 8000 060833

PPV : 44,20 DH
PPV : 44,20 DH

IT: M0374
PER: 06/2022
PPV: 75,00 DH

Dr Abdeslam EL MADANI

30g/20

22, Bd. Omar El Khayam 2ème étage, Résidence Fatima-Zohra - Beauséjour - الدار البيضاء - فاطمة الزهراء، بوزعور - الدار البيضاء - CASA - ICE : 001712744000080
Tél. : 0522 36.69.00 / 06.66.19.12.30 - Fax : 0522 36.68.99 - GSM : 0661 06.92.51 - E-mail : abdeslam.elmadani@gmail.com

Site Web : www.dr-elmadani.com : الموقع الإلكتروني

في حالة المستعجلات الاتصال بمصحة لوتشون الهاتف : 05 22 04 07 07