

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

Conditions 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.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie 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.

Optique :

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

Rééducation :

- 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 W19-489329

52534

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2577	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MABIY MOHAMED
Nom & Prénom :		09-05-52	
Date de naissance :		Hôpital	
Adresse :			
Tél. :	05 22 90 67 97	Total des frais engagés :	670,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Docteur AKAL Noura HEPATO GASTRO ENTE 710, Bd. Sidi El Abbou Zemmour Casablanca </div> ACCUEIL 2 DEC. 2020			
Cachet du médecin :	Date de consultation :	Age:	
	27/11/2020		
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Doula - Université			
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 :

Le : 07/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

C. Othmane

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
20/11/2018	CS		30000	INP : 108409123456789 Docteur ABBAS Mourad HEPATO GASTRO ENTEROPATHIE

Docteur AKKAL Houra
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/01/2010	310,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Spécialiste des maladies de l'appareil digestif,
du foie et Proctologie**
Echographie abdominale
Endoscopie digestive

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès
Ancienne Médecin du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée en proctologie de la Faculté de Médecine de Rabat
Diplômée en Diététique Médicale et Nutrition de la Faculté de Médecine de Fès

الخصائص في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد - الأمعاء - المعدة والبواصير
الشخص بالصدى
الكشف بالمنظار

خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس
طبيبة سابقة بمستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط
دبلوم جامعي في علاج أمراض الشرج والمواسير بكلية
دبلوم جامعي في علم التغذية الطبية والحمية بكلية

Ordonnance

Casablanca, le : 27/11/2020

Az Zahri Fatihaz.

① Nométil
S. Egel x 21, a

use

18

Tanganil

650

4

Reflux acid

LOT: 100384
DLUD: 10/2022
69,00DH

LOT 191735
EXP 08/2021
PPV 49.40DH

7288860

Tanganil® 500 m تانجانييل® 500 مل

قرص 30 comprimés - VTE : MA - PPV : 51DH00

VTE : MA - PPV : 51DH00

— 1 —

6 118001 183340

1

LOT 2819103
EWP 2000

EXF 2823.07
PPC 65 DHS

ora@gmail.com

Q. What is the

$$281^\circ \rightarrow \text{cas x?}$$

6

Убийца

3,10,90

Gauss

2

No 5 + 8

PHARMACEUTICALS
M. T. S. LTD.
313, Sector 10, Faridkot-151001
Ph: 0172-210023
E-mail: elculta@rediffmail.com

Docteur AKKAL Noura
HEPATO GASTROENTEROLOGUE
710, Bd. Ouardouzi Zemzour Casablanca
El Jadida Casablanca