

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.

Education :

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.

Soins :

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 facture 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

Communication : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N° M20- 0007001

Optique **73680** Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2264** Société : **La P.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **MOUTIB Z. INASSI** **Dr. A. A. A. TIK**

Date de naissance : **02/02/1951**

Adresse : **4 Hay Toubon Piso**

Tél. : **05 22 20 45 45** Total des frais engagés : **500,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1/1/2011**

Nom et prénom du malade : **Moutib Z. Inassi**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Alzheimer**

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 : **El Jadida**

Signature de l'adhérent(e) : **Dr. A. A. A. TIK**

Le : **10/05/2011**

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
30/04/2011	21	1	1500	<i>Praticien</i> Signature du Médecin Date : 21/04/2011 Signature : 1500
14/04/2011	C	1		
25/04/2011				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3574.12.1	370,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

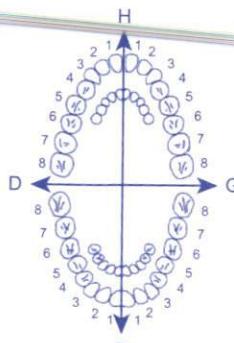
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
B	35533411	11433553		
G				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT				

بِاسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الشافي هو الله

Docteur Mohamed AATIK

Docteur en Médecine



الدكتور محمد عتيق
دكتور في الطب

Casablanca le: 35/4/2021

• الطبع العام

- حائز على شهادة الطب الرياضي
- الحمية - التغذية الرياضية
- الطبع الفيزيائي - الترويض الطبي
- الطبع الطبيعي
- حائز على شهادة الخبرة الطبية
- و التعويض القانوني للضرر الجسدي
- خبير قضائي محلف لدى المحاكم

• Médecine Générale

• Diplômé en Médecine de Sport , Nutrition Diététique Sportive

• Kinésithérapie
Rééducation

• Médecine Naturelle

• Diplômé en Expertise Médicale et Réparation Juridique du dommage Corporel

• Expert Judiciaire
Assermenté auprès des Tribunaux

جواز سفر

Nouvelles

PPV: 126,30 DH
LOT: 644482
PER: 11/21



Angeneth 18 mg

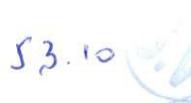
LOT : 190493
UT AV : 05/2022
PPV: 14,30 DH
N.07



flimofuel

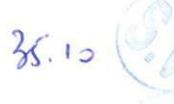
LOT : 206056
UT.A : 03/2023
PER : 35DH10
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10

6 118000 060833



Relaxel

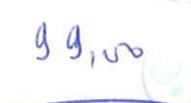
BECIDOUZE® 20 dragées
PPV 35DH10 EXP 04/2023
LOT 9H005 1



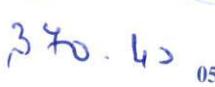
Beclod



70 mg



Parac



Docteur

بِيَشَارِ الْخَلِيلِ، الرَّتِّةِ 132، رَقْمِ 6 - حَيِّنَ الطَّقِّ
05 22 50 84 03 - الْهَاتِفُ : 05 22 21 85 11 - الْفَاَكِيْتُ : 05 22 21 85 11 - فَاَكِيْتُ

PPV: 42DH60
PER: 11/22
LOT: I2541

64 11 22
LOT PER
99,00
99,00
99,00
99,00

Hay My Abdellah, Bd. Al Khalil, Rue 132
20480 - Casablanca - Tél.: 05 22 21 85 11 - Fa