

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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 |
| mise en charge | : pec@mupras.com |
| adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

87095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5224 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL OTHIR OMAR ABDOU

Date de naissance : 23/10/53

Adresse : Rue de Nadir B8 Rue Bachir

Losley CASABLANCA

Tél. : 0661067722 Total des frais engagés : 1345 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Ré. Salah Al Jarrah 359 Bd. Zerkouni KHUMATOLOGUE Casablanca

Date de consultation : 12/05/2021

Nom et prénom du malade : El Othir Omar - Abdou Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Osteop. + SL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

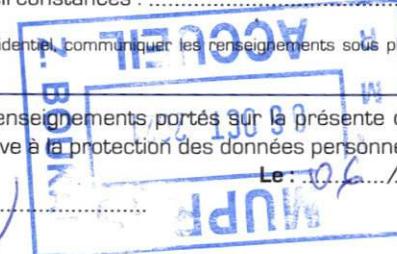
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CPA

Le : 06/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : El Othir Omar - Abdou



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/09/2011 | 5 | | 50 | |
| | | | | Dr. ABDULLAH MIFTAH DENTISTE - RADIOLOGUE B.P. 20000 - Zerktouni - Casablanca |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| HARMACIE AYMANE Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri Tél/Fax: 0522 99 69 21 | 16/09/2011 | 39500 |

ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Dr. ABDULLAH MIFTAH B.P. 20000 - Zerktouni - Casablanca | 16/09/2011 | la 25 ex | 400 |

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 de l'ordre de service.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | MONTANTS DES SOINS |
|---------------------------|---|--------------------|
| | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| DEBUT D'EXECUTION | FIN D'EXECUTION | DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|-------------------|-----------------|---------------|---------------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| (Création, remont, adjonction) | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
|--|--|--|
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L' | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Dr. Abdelilah MIFTAH

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations
Muscles, Colonne Vertebrale et Pied

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien Spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Diplôme d'université (PARIS) Méthodes Diagnostiques et
Thérapeutiques en Rhumatologie

Radiologie Osseuse - Ostéodensitométrie

Arthroscopie - Biopsie - Physiothérapie

Orthèses



الدكتور عبد الله مفتاح

إختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام، المفاصل، العضلات، العمود الفقري والرجل

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

إختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا

دبلوم جامعة باريس في تشخيص وعلاج أمراض الروماتيزم

الفحص بالأشعة، الكشف بالمنظار للمفاصل، الترويض الطبي

COMPTE RENDU DE RADIOLOGIE

DATE :

le 16/3/11

Nom & Prénom :

EL OTHA OMAH - 13000 H

Nature d'Examen :

Réa Bon-ventre

Réa le col Courb' Rachi

Résultat :

Trame osseuse normale au stade moyen

Pas de lésion osseuse

Pas de lésion hyale ou cartilagineuse

Rein droit de taille peu épaissi

et gra

Le 20% de l'os de son patient

Dr. Abdelilah MIFTAH
RHM
RHUMATOLOGIST
Rés. Saleh Al-Jarrah 3ème Etage Face Restaurant Chinois
Bd. Zerkouni - Angle Rue Ibn Al Moualim - Rés. Saleh Al-Jarrah 3ème Etage Face Restaurant Chinois
Casablanca

359, شارع الرقطوني - زاوية زر��ونی - بورکون - (أمام المطعم الصيني) - البيضا،
359, Bd. Zerkouni - Angle Rue Ibn Al Moualim - Rés. Saleh Al-Jarrah 3ème Etage Face Restaurant Chinois) - Casablanca
Tél. : 05 22 26 96 64 / 05 22 47 29 47 / 06 25 60 90 05

DOCTEUR ABDELILAH MIFTAH

RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des Os, Articulations, Muscles, Colonne
Vertébrales & Pied

Diplôme de la faculté de Médecine de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de France

Ancien spécialiste de l'Hôpital Militaire Avicenne

Radiologie osseuse-Osté odensitométrie-Biopsie-Physiothérapie
Orthèses

Patente n° 35600171 - ICE : 001735515000049

FACTURE N° /20

DATE :

16/09/2014

NOM :

El Ouali

PRENOM :

DRISSI - ABDELILAH

CONSULTATION :

Maladie de l'os
Maladie de l'os

RADIOLOGIE :

Maladie de l'os

Maladie de l'os

ACTE :

TOTAL :

950 Dhs

Arrêter la présente facture à la somme de Dhs :

Dr. Abdelilah MIFTAH
RHUMATOLOGUE
Rés. Salah Al Jarrah 359
Bd. Zerktouni - Casablanca

Nouf Al Ouali Dhs