

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-665354

99431
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1826 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI Abd EL MAHROUD

Date de naissance : 07-10-54

Adresse : RÉSIDENCE ANDALOUSIA FNA 87

APT 3 CASA

Tél. : 06 6 146 86 18 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : R. Razzouani Abd EL MAHROUD Age : 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tumeur du sein

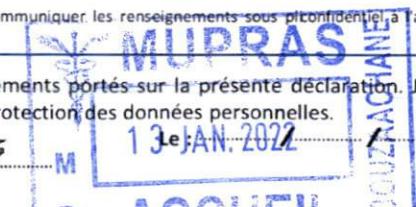
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>J. M. SIK Tamia ence Andalbusia E 74 Plateau Casablanca Fax: 0522.09.15.56</i>	<i>01/12/2021</i>	<i>315,00</i>
	<i>13/12/2021</i>	<i>236,60</i>
		<i><u>1 = 551,60</u></i>

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Clinique
Abdelmoumen**
Multidisciplinaire

مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

13/12/2011

49,80 Rhagouani 1^{er} El Nofal
 1) Flagyl 12,30 1 n x 21. Mr. 12,30
 4) Contalax 32,00 2 n x 21
 3) Encard 142,20 2 n
 4) Fortrans 236,60

18,30 12,30 B30

CONTALAX 5MG
18000 010326

18,30 12,30 B30

EUCARBON®
30 comprimés
6 118001 250295

maphar
Boulevard Akhlaq n°5
Quartier Industriel Sidi Benoua - Casablanca - Maroc
FORTRANS SAC B4
P.P.V. : 142,20 DH
6 118001 181209

LOT : U06823
Exp. : 03/2024



Clinique Abdelmoumen

Multidisciplinaire

مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات

PHARMACIE ASKIA
Dr. M. SIR Lamia
Résidence Andaloussia E 74
N° 4 Cité Plateau - Casablanca
Tél: 0522 25 93 20 - Fax: 0522 99 15 5

Casablanca, le

01/12/2021

Dr. Rhseloumni Dr. El Ahdal

219,00

Promaxe

PPC: 213 DH

1. Promaxe



96,00

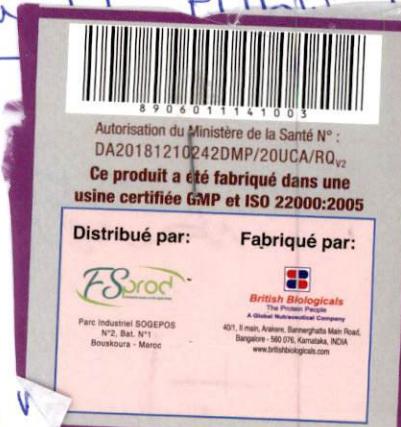
Acav

2. Prazol 20 mg

£ 315,00

Agel

Doctor Mohammed
C12KU/RG1
Bac. 077 25 5445 - Bloc 1
Casablanca



Prazol 20mg
Omeprazole
28 gélules
6118000 041009

PPV: 96DH00
PER: 09/23
LOT: K1709-2

شارع عبد المؤمن، 27، زنقة الإمام الحسني ربي - فرانس فيل - الدار البيضاء
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA
Tél. : 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06
E-mail : cliniqueabdelmoumen@gmail.com