

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.

éducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM 1126F3

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AZERT MOHAMED

Date de naissance : 1947

Adresse : 44 Rue 18 Jannâa 5 CD CASABLANCA

Tél. : 0661627262

Total des frais engagés : 717,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HIMIDANI AMINA

Age : 72

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 : CASABLANCA

Le : / /

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
16.04.22			250.00	<i>[Handwritten signature over a stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten stamp: Pharmacie BENMOUSSA]</i>	16/04/22	367,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

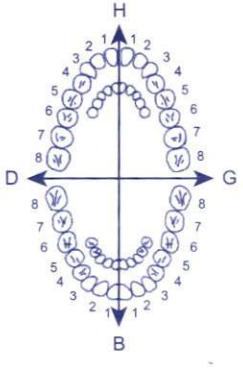
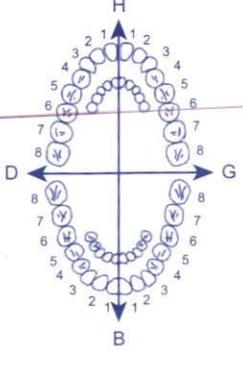
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>[Handwritten stamp: MEDICATOOL SARL AU CENTRE RIAD 61, ANGLE AVENUE YACOUT Mostapha El Maani N°69 2ème Etage-Casa GSM :06 60 07 98 48 / 06 62 60 38 38]</i>	16/04/22				350,00 Dt	

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

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

Dr. Mohamed ID-EL OUALI

Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier - France

- Ex. Praticien des Hôpitaux de Montpellier
 - Chirurgie des Os et Articulations
 - Chirurgie Prothétique: Epaule - Hanche - Genou
 - Arthroscopie
 - Maladies Rhumatismales
 - Diplôme de Pathologie et Chirurgie de la Main
 - Diplôme Universitaire de Microchirurgie
 - Diplôme de Médecine du Sport



الدكتور محمد إيد الوالي

إختصاصي في طب و جراحة العظام و المفاصل

فرنسا - بمونتيلو الطبع كلية فرج

- طبيب سابق بمستشفيات مونتولي
 - جراحة العظام و المفاصل
 - المفاصل الاصطناعية: كتف - ورك
 - الجراحة بالمنظار
 - أمراض الروماتيزم
 - د ٤٢٠١٩٤٠٤٩٤٣ و جراحة الباطنة
 - دبلوم جامعي في الجراحة المجهزة
 - دبلوم الطب الرياضي

MME HMIDANI AMINA

Casablanca, Le

8740

- **DOLICOX 120 mg**
1 comprimé x 1 / jour au milieu du repas, pendant 10 jours

2640

- Cetamyl 1g
1 Comprimé x 4 / jour pendant 10 jours si douleur

8300

- **Curcuflex forte**
2 gélules le matin pendant 15 jours, puis 1 gélule x 1 / jour pendant 3 mois.

7070

- Zolam 30 mg
1 Gélule le soir, pendant 10 jours.

9990

- Newflex cooling Gel
1 application x 3 / jour pendant 10 jours

367.40



PPV: 87DH40
PER: 09/24
LOT: K2090-3



Dr. Mohamed ID-EL OUALI

**Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue**

**Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier - France**

- Ex. Praticien des Hôpitaux de Montpellier
- Chirurgie des Os et Articulations
- Chirurgie Prothétique: Epaule - Hanche - Genou
- Arthroscopie
- Maladies Rhumatismales
- Diplôme de Pathologie et Chirurgie de la Main
- Diplôme Universitaire de Microchirurgie
- Diplôme de Médecine du Sport



الدكتور محمد إيد الوالي

**اختصاصي في طب و جراحة
العظام و المفاصل**

خريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا

- طبيب سابق بمستشفيات مونبولي
- جراحة العظام و المفاصل
- المفاصل الاصطناعية: كتف - ورك - ركبة
- الجراحة بالمنظار
- أمراض الروماتيزم
- دبلوم في التصوير الطبي و جراحة اليد
- دبلوم جامعي في الجراحة المجهرية
- دبلوم الطب الرياضي

14/04/2022

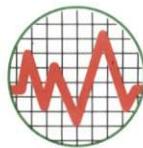
Casablanca, Le _____

MME HMIDANI AMINA

Orthèse du genou (Genouillère à scratch)

**MEDICATOUT SARL AU
CENTRE BIADSI, NUCLEA ZLA YACOUT
El Meknès El Maâni N°89 2ème Flage-Casa
TSM : 06 60 07 99 48 / 06 62 60 38 38**

**Dr. MOHAMED ID-EL OUALI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
2, 3, 4, Rachid - Hay Sadri - Hay Sedik
Tel: 05 22 71 17 17 - 05 22 72 75 75 / 05 22 72 80 81**



Medicatout

Négoce Para Pharmacie

Facture N° : 22/0153

Code Client : CLE 0029

N° Bon de Commande :

HMIDANI AMINA

Casablanca le : 14 AVR 22

Code Article	DESIGNATION	Qté	Prix	Tva	Total
M00527	ORTHESE DU GENOU(A SCRATCH)	1,00	350,00	20 %	350,00
Montant HT	Taux	Total T.V.A.	TOTAL TTC		
291,67 0,00	20% 7%	58,33 0,00	350,00		

Mode de Paiement :

Arrêtée La présente Facture à la somme de:

Trois Cent Cinquante Dirhams

MEDICATOUT SARL AU
 CENTRE RIAD ANGEL AV LALLA YACOUT
 El Mostapha El Maani N°69 2ème étage-Casa
 GSM : 06 60 07 98 48 / 06 62 60 38 38

Jamila 7 Rue 6 N°32 CG Sbata 20440 - Casablanca
 Domiciliation au Centre Riad 61 Angel Av Lalla Yacout
 et Mostapha El Maani 69 2ème étage - Casablanca

Tél : 05 20 03 22 23
 Gsm : 06 60 07 78 48
 06 62 60 38 38
 extramedicdistribution@gmail.com

TP : 32286765
 RC : 423523
 IF : 33631730
 CNSS : 1853235
 ICE : 00214872400055