

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8381 Société : ZAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL BOUAZZAOUI MOHAMED

Date de naissance : 29/04/1965

Adresse : 2 MB 2A → 32. EL HANK case

Tél. : 06 540 26701 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/06/2022

Nom et prénom du malade : EL KHATIB AMAL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Annexe 2

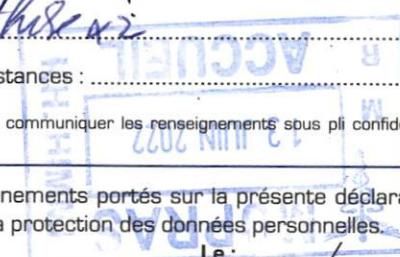
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

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
03/06/2022		Dr. Hossam Bas -		Dr. Abdelhafid MOUDEN Medecin Phys 119, Bd de Bourgogne Phonie 02 39 76 07 05 22 27 85 64

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2022	389,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

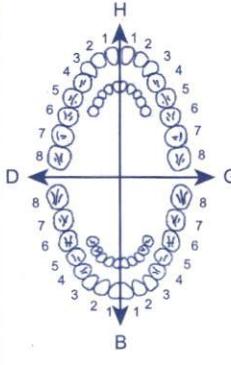
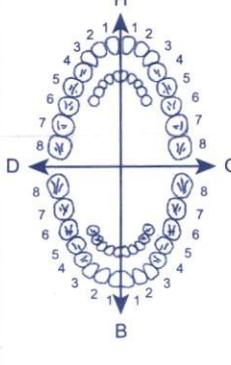
AUXILIAIRES MEDICAUX

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																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]																					
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]																					
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]																					
				FIN D'EXECUTION [Empty box]																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>				G	00000000	00000000	<hr/>				B	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
H	25533412	21433552																							
D	00000000	00000000																							
<hr/>																									
G	00000000	00000000																							
<hr/>																									
B	35533411	11433553																							
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]																					
				DATE DU DEVIS [Empty box]																					
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]																					

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Ca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casabl

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 0911136

08/06/2022

INDICATIONS :

Douleurs rhumatismales - C et du torticis - Douleurs d'ligamentaire - Massages sp

MODE D'EMPLOI :

Onctions légères de la zone A répéter plusieurs fois par

A.M.M. N° : 265

P.P.V. : 13,20 DH

13,20

① Ingrédients pour
+ 2 ml x 24

188,00
② Piascledine

389,20

1/2

PHARMACIE IBN NAFIS
28, Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 27 31 69

D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

Dr. A

Medecin

119, Bd Bourguiba

Tel: 0522 27 85 61

Fax: 0522 29 43 32

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فنيسا - الدار البيضاء 119

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

03/06/2022

EL KITI ATI AMIATA

am 8m 60 - specialité 6:300--

KHRY R - 300 -

total 600

Bix ADR

Dr. Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique - Ostéopathie
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca
Tél: 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61
Fax: 05 22 29 76 97 / 05 22 27 85 61