

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

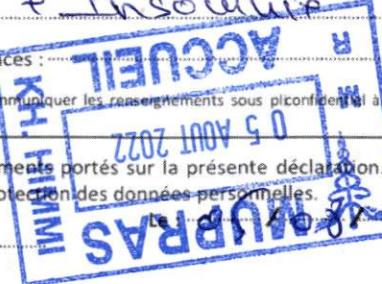
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : | 11680 | Société : |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : RIDA REDOUANE | | |
| Date de naissance : | 29-12-1978 | Adresse : Rte 109 km 16 Bouzouara Casablanca |
| Tél. : | 0674268978 | Total des frais engagés : 278,80 Dhs |

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | Dr. Hassan ATLAGH Médecine Générale 1007 Av. 2 Mars Hay Mly Abdellah Casablanca - Tel. 0522 871 877 |
| Date de consultation : | 6/6/2022 |
| Nom et prénom du malade : | RIDA REDOUANE Age: |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Dorsalgie + Insomnie |
| 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 au 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 : | Casa |
| Signature de l'adhérent(e) : |  |


ACCUEIL
05 Août 2022
MUPRAS

| 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 |
| 6/6/22 C | | | 200 | INP : 0912000018 Dr. Hassan ABBADY Médecine Générale 007 AV. 2 Mars Hay Mly Abdella Tél. : 05 22 32 05 55 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACEUTIQUE BOUSHOURA CENTRE 1200 N°84 Tél. : 05 22 32 05 55 | 06.06.22 | 72.80 |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| 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 | |
| | | 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 | INP : <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | G | <input type="text"/> |
| D | 00000000 | 00000000 | B | <input type="text"/> |
| | 00000000 | 00000000 | | <input type="text"/> |
| | 35533411 | 11433553 | | <input type="text"/> |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | <input type="text"/> |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |



Ordonnance Médicale

وصفة طبية

Casablanca, le : 6 - 6 - 22 الدار البيضاء في :

Nom et Prénom : RIDA REDOUANE : الاسم

DORNAT PLUS®

78,80 DH

A consommer de préférence avant fin :
Lot N°.

01/2024

X201C

- الميزو ترايبي
 - العلاج عن طريق صوان الأنف
 - الوخز بالإبر بالطريقة الكورية واليابانية
 - العلاج الطبيعي للتوقف عن التدخين
- Mesotherapy
 - Auriculotherapy
 - Acupuncture Koreenne et japonaise
 - Therapie naturelle pour cesser de fumer

دبلوم جامعي في التغذية

Diplôme Universitaire
en Nutrition

العلاج النفسي - علاج التics والإلتزام

Psychothérapie par ACT
(Thérapie d'accéptation
et d'engagement)

إدارة الضغوط النفسية

خبير في إدارة الضغوط من باريس

Gestion du Stress

Expert en Gestion du Stress - Paris

One
1 CP x 2 35€//
Coltrax amp
1 enj INY i 61.
Dornat plus
2 CP le 78,80 PHARMACIE ACHOURAFA
Bouskoura Centre 1200 N°6A
Tél.: 05 22 32 05 57

Dr. Hassan ATLAGH
Médecine Générale
1007 Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah
Casablanca - Tél : 0522 871 872
E-mail : drhassan1963@gmail.com / www.asthme-reality.com