

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100094 Société : R-A-07

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KOURET KHADIJA

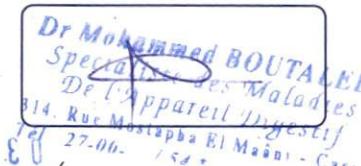
Date de naissance :

Adresse : Lattissement El Wahdat N° 151 Djeoudi

Tél. : 0632 45 30 93 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/07/12012

Nom et prénom du malade : KOURET KHADIJA Age : 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vertige

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 : Djeoudi Le : 18/10/12

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 3 OCT. 2022 | 5 | 2 | 300,00 | DR. ABDERRAHMANE BOUT DÉPARTEMENT DES MÉDECINS DU RÉGIME PATRIEL 81 TUNISIE 154 * |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  N° 210 03/04/2022 | 03/04/2022 | 79.70 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

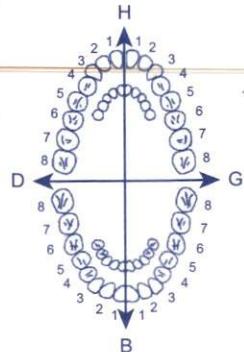
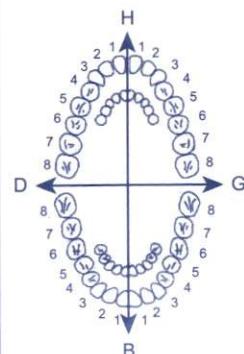
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box] | | | | | | | | | | | | |
| | | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | | MONTANTS DES SOINS [Empty box] |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| | | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION [Empty box] | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | |

عيادة أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Cabinet des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

Docteur Mohammed BOUTALEB
Spécialiste des maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif

Foie, Estomac, Intestins, Hémorroïdes, Diététique
Endoscopie, Echographie, et Chirurgie anale

Diplômé de la faculté de Médecine, Montpellier, France
Membre de la Société Marocaine des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre de la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
Membre de la Société Française pour l'Etude du Foie
Ex-consultant aux hôpitaux de France

الدكتور محمد بوطالب

اختصاصي في أمراض الكبد
والجهاز الهضمي

كبد، معدة، أمعاء، بواسير، حمية
الشخص بالمنظار والتلفان، جراحة المخرج

خريج كلية الطب بمنيولبي، فرنسا

عضو بالجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو بالجمعية الفرنسية لدراسة الكبد

طبيب اختصاصي سابق بمستشفيات فرنسا

Casablanca le, 03/10/2022

Mme KOURTE Khadija

51.00

TANGANIL

1 comprimé, 3 fois par jour



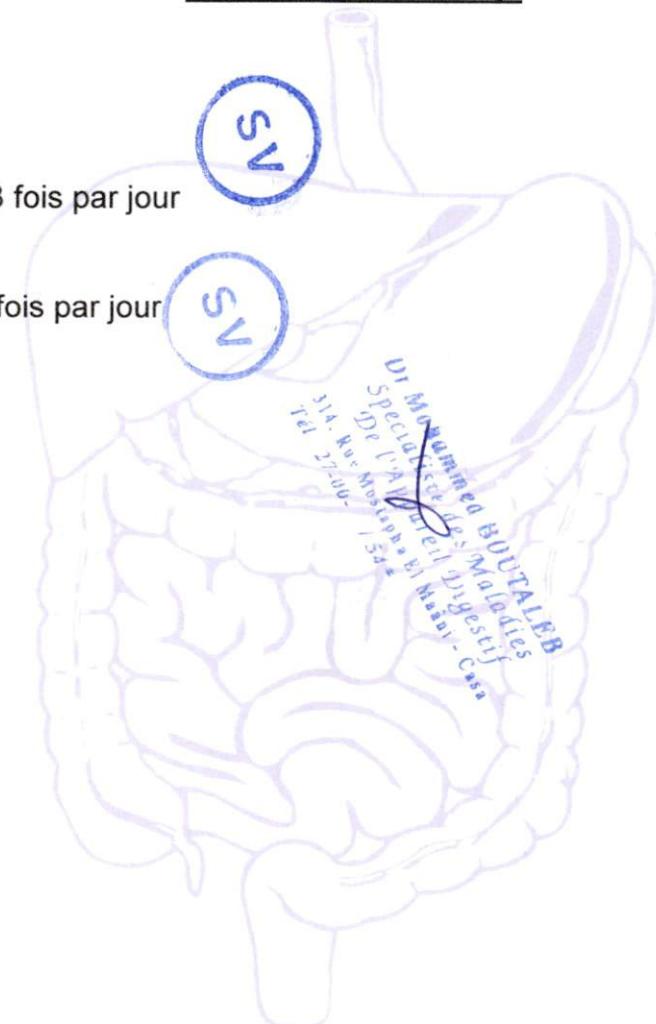
28.30

EFFORTIL

25 gouttes, 3 fois par jour



79.70



Tanganil® 500 mg تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - 30 قرص -

VTE : MA - PPV : 51DH00

728860

Barcode: 6 118001 183340

PPV: 28DH70
PER: 05/27
LOT: L1020

314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs Elysée - 20140 Casablanca
زنقة مصطفى المعاني، قرب مقهى شان إليزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 001922406000029

CNSS : 6156617

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-Mail : boutalebmed@gmail.com