

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 vignette 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

16 186 001

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10233

Société : R-A-M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Moujahid Nadia

Date de naissance : 05-08-1963

Adresse :

Bloc 60 1^{er} étage Sidi Othmane CASA

Tél. : 0664 2415206 Total des frais engagés : 233,80 + 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 Novembre 2023

Nom et prénom du malade : MouJAHID NADIA Age : 1978

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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

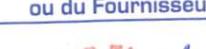
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14 Nov 2023	C2		250 011	

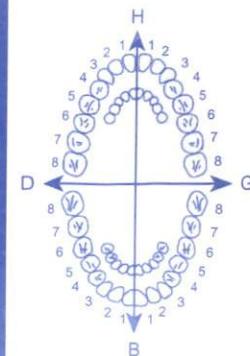
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/23	233.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS



The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' points upwards from the center, and a horizontal axis labeled 'D' points to the left and 'C' points to the right. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the upper arch showing a slight curve.

سليمان
50

TICATOIRE	
H	G
112	21433552
000	00000000
111	11433553
B	



241850	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
3,00	MONTANTS DES SOINS	
10 mg <input checked="" type="checkbox"/>	DÉBUT D'EXÉCUTION	
primés HARM S.A.	FIN D'EXÉCUTION	
241850	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
nction] à la profession	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXÉCUTION	

Dr Mustapha TARY

الدكتور مصطفى الطارق

أختصاص

- أمراض وجراثمة الأنف، الأنفون والحنيدة

- حركة الوجه والعنق والفك

دراحة الصمم، علاج الشخص

- تکون: میخواستم بگویم که این فایل

علم تشخيص الأمراض

- حراج سایه بالمستشفيات

- خبر مخالف لـ المحاكم

— 3 —

Spécialiste :

- * ORL et chirurgie Maxillo-Cervico-faciale
 - * Chirurgie de surdité, Ronflement et vertige
 - * Formation approfondie à l'IGP (Bordeaux-france)
 - * Diplôme d'allergologie et immonologie clinique
 - * Ancien Chirurgien des hôpitaux
 - * Expert assermenté près des tribunaux



casablanca le : 14 Nove 2023



Moujolid maz

$$48,0^{\circ} \times 4$$

Dimension 10 $\cong 4$

2

2

2

41.80

1

AVL Trees

1

75

1

72

233.80 $\times \frac{1}{2}$

دكتور الطارق مصطفى
Docteur Mustapha TARY
ORL - Allergologue
62, Bloc 42, rue Othmane, CASA
Tél: 05-22-59-98-70
fax: 05-22-59-11-60

شارع النيل سيد عثمان بلوك 42 رقم 62 (أمام صيدلية ابن زهر)

Tél : 06 28 35 52 69 - 05 22 59 98 70 - Email : mustapha.tary@gmail.com