

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 caractère personnel.

M23-010629

188864

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2928 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEL ABED HALIMA

Date de naissance : 01.01.1952

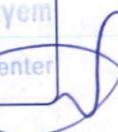
Adresse : 60 Avenue de l'Indépendance Casablanca

Tél. 06 67 28 11 53 / 06 67 05 33 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DRISI OUDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10 - 11 Lts Selouane Sami Center
Oulfa - Casablanca
INPE: 061307724



Date de consultation : 22.12.2023

Nom et prénom du malade : Mme BEL ABED HALIMA Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION THYROIDIENNE

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.

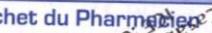
Fait à : Le : / /

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
22/12/2021	Ch	02	300,00	UNISSUD UUDUH Endocrinolo... Selon la remise du 22/12/2021 NPE-06130724

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ZERFI ALBDELAI PHARMACIE WILAYA MULGI DOCTEUR EN PHARMACIE TELE: 0522 99 35 13 12200000071	22/12/23	51,75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 :

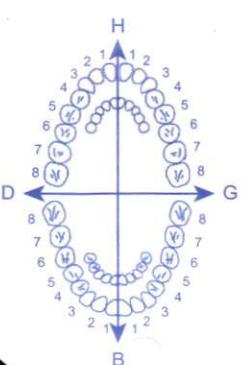
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
B																		

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Drissi Oudghiri Meryem

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétolegie - Nutrition et

Maladies métaboliques

الدكتورة ادريسي ودغيري مريم

أخصائية في أمراض الغدد والسكري

والتغذية وأمراض الأيض

Diplôme Universitaire en Echographie et techniques ultrasonores - Paris Descartes

Diplôme Universitaire en diététique-nutrition clinique et thérapeutique - Paris cité

Diplôme inter-universitaire en endocrinologie et métabolisme de la transition - Paris Sorbonne



Casablanca, le

21/12/23

الدار البيضاء، في

Mme

BEL ABED

HALIMA

- Drill toux sèche

1 qds x 2 / j

51,70

- Aerius

1 cp / soir.

(5)

R = 51,70

Dr. DRISSE OUDGHIRI Meryem
10-11 Luis Selouane Sami Center
Bd OUD MELOUYA
Oulfa - Casablanca
IMPE: 061307724

PHARMACIE WILAYA MOULOUYA
ZEKRI Abdellati
Docteur en pharmacie
220 222 221 Bd Ouled Moulaya El Oulfa
Casablanca Tel: 0522.90.51.13
ICE: 002291220000071

Lot Selouane, Sami Center, Bd OUD MELOUYA, Quartier EL OULFA, 1er Etage, Appt N°11

تجزئة سلوان، سامي سنتر، شارع واد ملويه، حي الألفة، الطابق الأول، شقة N°11، الدار البيضاء

06 68 85 96 88 05 22 10 45 50 endocrinologie.mdo@gmail.com