

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12069**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MSA'DEK HAMID**

Date de naissance : **18/04/1927**

Adresse :

Tél. : **06.60.40.16.10**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr.Ahmed BOUTALEB
Spécialiste en Pédiatrie
281, Bd Driss El Harti,Etg 2
Tél/Fax:05.22.55.54.87-Casa

Date de consultation : **10 FEV. 2024**

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Fracture**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : 700 RUE 16

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10/02/2024

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 : **Casa**

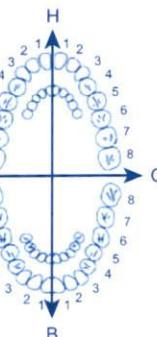
Le : **10/02/2024**

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
110 FEV. 2024	CS	1	280	DR ANNEE BOUAFI PERIN

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE JAYET MANFRANCHEZ & CIE 25. Dardilly</i>	<i>10/12/93</i>	<i>180.90</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l' ordre pratiquant la nature des soins.																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
					MONTANTS DES SOINS												
					DEBUT D'EXECUTION												
					FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES																	
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" 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>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	35533411	11433553														
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT DES SOINS												
					MONTANTS DES SOINS												
					DATE DU DEVIS												
					DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Docteur Ahmed BOUTALEB

Spécialiste en Pédiatrie

Néonatalogie, Réanimation et Urgences

Asthme de l'enfant et Allergologie

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Amiens (France)

Ancien Médecin des Hôpitaux de France

الدكتور أحمد بوطالب

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

مرض الضيقه والحساسية

خريج كلية الطب بأميانت (فرنسا)

طبيب سابق بمستشفيات - فرنسا

MSADIK - Saïd

Nom.

Age.

Poids.

Casablanca, le : 10 FEV. 2024

الدار البيضاء، في :

- ~~Surpoids : 2 peaux 7/7 x 8/8~~

- ~~Doliprane 200 mg~~

~~Mix 15 x 4 / 8/8~~

- ~~Paracétamol 1cc x 3 / 7/6~~

- ~~Lidocaine 139.00 ml/100ml~~

PHARMACIE TAYEB
MARRAKCHI BENJAFAR DILES
25, Derb Al-Malika N°77 Clot
Djemaâ Casablanca 10052238800

Dr. Ahmed BOUTALEB
Spécialiste en Pédiatrie
283, Bd Driss El Harti, Etg 2
Tél/Fax: 05 22 55 54 87 Casa

180.90

PPV 2 DH 20
PER 02/26
LOT M407
9,20

PROSPAN Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



6 118000 300052

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 139,20 DH

ID: 652283

6 118001 140923