

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOURT ISMAÏL

203998

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 32 45 30 93

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Mohammed BOUTALIB
Spécialisé des Maladies
De l'Appareil Digestif
314 Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél 27-00-154 *

20 MARS 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KOURT ISMAÏL Age : 55

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : DEROUA

Le : 17/04/2024

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
20 MARS 2024	S	7	328,72	Dr Mohammed BOU Specialiste de la Maladie de l'Appareil Dentaire 314 Rue Moulay Abdellah Casablanca Tel: 22 22 55 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL WAHDIA N° 210 LOT EL WAHDIA DEROUA 05225525	04/03/2024	4180,80

ANALYSES & RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth				

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 حمبة
 الشخص بالمنظار والتلاظ، 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, 20/03/2024

Mme KOURTE Khadija

40,50x2

TARDYFÉRON 80
 1 comprimé le matin, avant les repas (pendant 2 mois)

14,30x6

VITA C 1000
 1 comprimé, par jour le matin (pendant 2 mois)

43,00x5

STIMOL
 1 ampoule, 3 fois par jour, au milieu des repas (pendant 1 mois)

99,00



314, Rue Mostapha El Maâni, à côté du Café Champs
 ي، قرب مقهى شان إلزي - 20140 البيضاء

INPE : 091038539

ICE : 00192240600001

Tél : 08 08 54 54 82 / 0522 27 00 54

E-M

