

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Nº P19-

ND: 39067 065841

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BABA Mohamed*

Date de naissance : *15-11-1944*

Adresse : *Hay Soukha Rue 12 N° 6 Casablanca*

Tél. : *06 24 85 85 66* Total des frais engagés : *2171,60* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *18/7/2020*

Nom et prénom du malade : *D? Baba Mohamed* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *affection respiratoire*

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
19/07/2020	CS			GRATUL / DR. LAABOUDI Latifa
24/08/2020	CS			GRATUL / DR. LAABOUDI Latifa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHALAK H. DOCTEUR EN DENTISTE	18/07/2020	1218,32
Docteur en Dentiste : 0555146800057 Tél/Fax : 00154146800057	24/08/2020	951,92

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. CHALAK H. Docteur en Dentiste : 0555146800057 Tél/Fax : 00154146800057			

AUXILIAIRES MEDICAUX

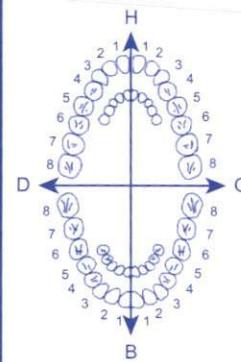
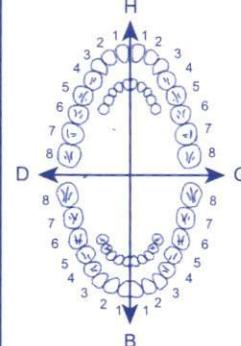
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Cabinet de Pneumologie

Docteur Latifa Laaboudi

Ep. El BAKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de Service de Phtisiologie CHU 20 Août

Ex Responsable du Programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa



عيادة أمراض الجهاز التنفسي

الدكتورة لطيفة العابودي

زوجة البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى 20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

وأمراض الجهاز التنفسي

بعمالة أنفا سابقا

Casablanca le

26/08/2020

17h00

17h00

1) Spirométrie 166.

2) Sophee 280 15. = 166

165.00 2R x 2

3) Ventilée 166

45.30 2B au repos

4) Suflet 80

151.60

952.90

PHARMACIE AL QAND

S. CHALAK Hal Nassar

Dr. El Oulta

Docteur en Pharmacie

Pneumologue

El Rouhou Salt Al Andalous

Maârif - Casablanca

Tél: 0522 25 25 29



LOT: GB00559

PER: 03/2023

PPV: 185 DH 00

GSK SmithKline
Ain El Angada
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aerosol 200 doses
PPV 45.30 DH

ندلسي المعاريف - بجانب الجماعة الخضراء للمعاريف

98, Rue Abou Salt Al Andalous Maârif - (à côté Co

Tél. : cabinet : 05 22 25 25 29 / GSM : 06 61 20 19 77

151,60

Cabinet de Pneumologie

Docteur Latifa Laaboudi

Ep. El BAKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de Service de Phtisiologie CHU 20 Août

Ex Responsable du Programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa



عيادة أمراض الجهاز التنفسي

الدكتورة لطيفة العبودي

زوجة البقالى

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى 20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

وأمراض الجهاز التنفسي

بعمالة أنفا سابقا

Casablanca le, 19/7/2020

7'660 Dhs

1) Spoumi 15 166

521,00

166



68696-04

2) Soffle 250 : 1 h

185,00

2 - 0 - ?

LOT: GB91602
PER: 08/2022
PPV: 185 DH

3) Aup ebuli 1g

166,60
x2

126,30

1 sachet x 31

PPV: 168,20 DH
LOT: 623727
PER: 05/21

1218,70

PPV: 168,20 DH
LOT: 623727
PER: 05/21

PHARMACIE AL OUAFID
Sous le nom de Haj Nassar
Pharmacie en Pharmacie
Dr. LAABOUDI Latifa
Pneumologue et Maârif
98, Rue Abou Salt Al Andaloussi Maârif - (à côté Commune de Maârif)
Tél.: cabinet : 05 22 25 25 29 / GSM : 06 61 20 19 77

زنقة أبو الصلط الأندلسي المغاريف - بجانب الجماعة الخضراء للمغاريف

98, Rue Abou Salt Al Andaloussi Maârif - (à côté Commune de Maârif)

Tél.: cabinet : 05 22 25 25 29 / GSM : 06 61 20 19 77