

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

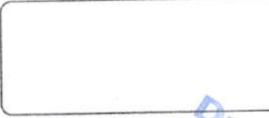
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-470054

MA PPV

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1869	Société :	RAT
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Pladige El Berrmai
Nom & Prénom : Pladige El Berrmai			
Date de naissance : 16/06/1958			
Adresse : Res. El Firdous GH 6 Imm. 129 Apt. 15 Casablanca			
Tél. : 0634317561	Total des frais engagés : 441,40 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	généathrose dfe
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 : Casablanca
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
27.02.2024		Ch	30000	INP : 071014474 DU 5 MAI 1976 NANTES ANPE : 071014474

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SALMA	7-09-22	111.10
dt. Zerkouni Bouaakkaz M'hamed N°1436 El Aïn - Tél : 05 24 37 22 47		

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>						
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX						
		MONTANTS DES SOINS						
		DEBUT D'EXECUTION						
		FIN D'EXECUTION						
			DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
				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 Halim SAIDI

Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie

Ex-Chef de service d'orthopédie

au CHU Mohamed VI - Marrakech

Ex-Chef de département de chirurgie
à la faculté de médecine de Marrakech



الدكتور حليم سعيدي

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام

بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش

رئيس سابق لشعبة الجراحة

بكلية الطب - مراكش

.....

07/09/2022

.....

Marrakech le :
Nom : EL GUERMAI

مراكش في :
Prénom : KHADWA

FACTURE :

Prestation
1 ère consultation

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois cent Dhs**

Total : 300

Dr. Halim SAIDI
Professeur de Chirurgie
Orthopédique - Traumatologie
Res. Nour 2, Appt. 1 - 1^{ère} étage
Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)
Tél : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40
halimsaidi@yahoo.fr
INPC : 02084948

Signe :

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لامايت) - مراكش
Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1^{ère} étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)
Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr

IMPRESSION

Docteur Halim SAIDI

Professeur de chirurgie
orthopédique et traumatologie

Ex-Chef de service d'orthopédie

au CHU Mohamed VI - Marrakech

Ex-Chef de département de chirurgie

à la faculté de Médecine de Marrakech



http://192.168.1.200/Esculape/Rapport/Ordo...

الدكتور حليم سعدي

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام

بالمستشفى الجامعي محمد السادس - مراكش.

رئيس سابق لشعبة الجراحة

بكلية الطب - مراكش

Marrakech, le : مراكش في :

07/09/2022

Nom : EL GUERMAI

Prénom : KHADIJA

51. H0

SV

ORDONNANCE :

1 - DIVIDO (1 BOITE 10 GELULE LP GELULE A LP) GELULE A LP 1 BOITE
10 GELULE LP

1 cp 1 fois par jour 10 jours

60000

SV

2 - VOLTAREN EMULGEL (1 TUBE 100 G GEL) GEL 1 TUBE 100 G

1 application le soir pendant un mois

MM. H0

Signe :

صيدلية السمني
PHARMACIE SALMA
Lot. Zerkoumi Bouakkaz M'hamed N° 1436
Tél : 0524 37 22 47

Voltarène Emulgel Topique
Gel pour application cutanée
Tube de 100 g

6 118000 220466

إقامة نور 2، رقم 1 - الطابق 1 شارع الحسن الثاني (فوق مقهى لاما ليليت) - مراكش

Résidence Nour 2, Appt. 1 - 1er étage Bd. Hassan II (au dessus Café La Marlette)

1 sur 1 Marrakech - Tél. : 08 08 52 15 79 / 06 73 08 39 40 - E-Mail : halimsaidi@yahoo.fr
9/7/22, 12:34

fraction.

$\frac{1}{3}$

$\frac{1}{2}$

$\frac{1}{4}$

$\frac{1}{8}$

$\frac{1}{16}$

$\frac{1}{32}$

$\frac{1}{64}$

$\frac{1}{128}$

$\frac{1}{256}$

$\frac{1}{512}$

$\frac{1}{1024}$