

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.

145049

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10581

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AIBDALI MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2163

Total des frais engagés : 561,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 01/01/2023

Nom et prénom du malade : EL AIBDALI ILYASS

Lien de parenté : Lui-même

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/01/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/01/2011	URGENCE 928	1 POINT	190,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. BURGESSIK - C TOURAHAN T Docteur en</i>	03/01/23	311.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

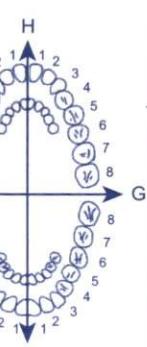
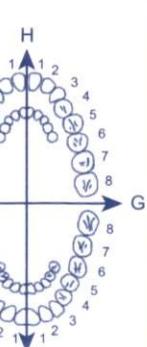
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				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



وصفة

ORDONNANCE



Mère • Enfant
Hay Hassani

Le 03/01/2023

El Aïnibi Ibrahîm

21.00

11- Febrex Sachets

20 sach x 31 g

21- Apixol Spray

15 fl oz April x 31 j

31- Toplexil Sirup

100cc x 31 j

41- Aspégic 250 mg Sachets

1 sach x 31 j

PHARMED
LOT : 3584
UT.AV: 11-25
PPV: 21DH00



LOT 220620
2025/08
PPC: 89,50 DH

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
Lot 220645
PER. 10/2024
P.P.V : 15DH70



ASPEGIC 250MG
SACHETS 820
P.P.V : 21DH70
Lot 220606
PER. 30/2024
S. 1180000061106



163.49

51.- Monozeclar Cp.

~~311.30~~ 1/2 Cp x 2 J

MONOZECLAR® 500mg
Boite de 10 COM PEL
P.P.V : 163.40 DH



6 118001 183838
Maphar
Km 10, route cotière 111
Q1-Zenata, Al Sebâa, Casablanca
Maroc





N° IPP : 764626

N° SEJOUR : 230000340

FACTURE N° 2305000180

DATE D'ENTREE : 03/01/2023

DATE DE SORTIE : 03/01/2023

ASSURE :

MALADE : EL AIBOUDI,Ilias

NOM JEUNE FILLE :

TIERS PAYANT 1 :

TIERS PAYANT 2 :

REF. PC 1 :

REF. PC 2 :

N° SE. SOC. ETRANG. :

NATURE DE PRESTATION

LETTER CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
				% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
	CsN	1.00	190.00		190.00			0.00	190.00

Intervenant : M0400001 DR EL ARABI HOUDA

TOTaux : 190.00

190.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGT DIX DHS

PLAFOND PC :

ACOMPTE:

REMISE : 0.00 REGLE : 190.00

AVOIR :

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 03/01/2023

EDITEE LE : 03/01/2023

PAR: ELKERB

ACCIDENT DE TRAVAIL :

DATE AT :

N° DE POLICE :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE ADDAMAN MERE-ENFANT

BMCE - YAACOUB ELMANSOUR

011 780 0000 71 210 00 60070 49

N° compte bancaire :

