

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 :	32.42	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL AJI Chadia	
Date de naissance :		11.58	
Adresse :		Rue 76 n° 35 groupe Pouffa casab	
Tél. :		0666339877	Total des frais engagés : 1450,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2023

Nom et prénom du malade : EL AJI CHADIA Age:

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 : 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
01/06/2023	CSL ECC		30000	Dr. Mehdi BEN SADOUN - CHAMOIS - Touloufa Rue N°61, 1er Etage BP Chambly 77000 Tél: 06 22 91 07 02 - 06 04 72 39 14 NIP: 91170678

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UNIVERSITÉ - Rabat	02/06/2023	1108,50
	01/06/2023	42,62

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 canalaire, 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
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: FL2927

Le : 01/06/2023



HARMACIE D'UNIL
3, Bd. Oum-Rabii
Assurance

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: FL2927
ANCA
3

ICE N° .001044535000081



FACTURE

NOM: N° EL. AJI et Hadia.

14,00

PRODUITS	NOMBRE	PU.	TOTAL
doliprane 500 (Sacher)	1	14,00	14,00
Andol 500.	1	14,00	14,00
doliprane 1p	1	14,00	14,00
			42,00
Arréter la présente facture à la somme de quarante deux dirhams le centimes			

HARMACIE D'UNIL
3, Bd. Oum-Rabii
Assurance



Casablanca, le :02/06/2023

Nom et Prénom :

ELAJI Chadia

BI PRETERAX 5/1.25

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

ZITHROMAX

1 comprimé le matin, pendant 6 jours

INEXIUM 10

comprimé le matin

MALTOFER

1 comprimé, matin et soir, pendant 6 mois

PROSPAN

1 cam matin et soir, pendant 2 boites

KÉTODERM 2%

1 application, matin et soir

ARGO 250

1 comprimé le soir

ERLUS

PROSPAN®

Sirup
Traitement de la toux

A conserver à une température inférieure
à 25°C et à l'abri de l'humidité.

ADSP N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM



PPV
30DH00

↓
X6 Céd

↓
X2 Céd

↓
X Céd

SYNTHEMEDIC O
22. acide coumarin acide, reches
trinitro carbamique
INNITUM
40 mg
Boîte 14
EAN13/DMP/21/ARQ P.P.V : 123.60 DH
026807
6 118001

EXP 09-2024
LOT ZNYG

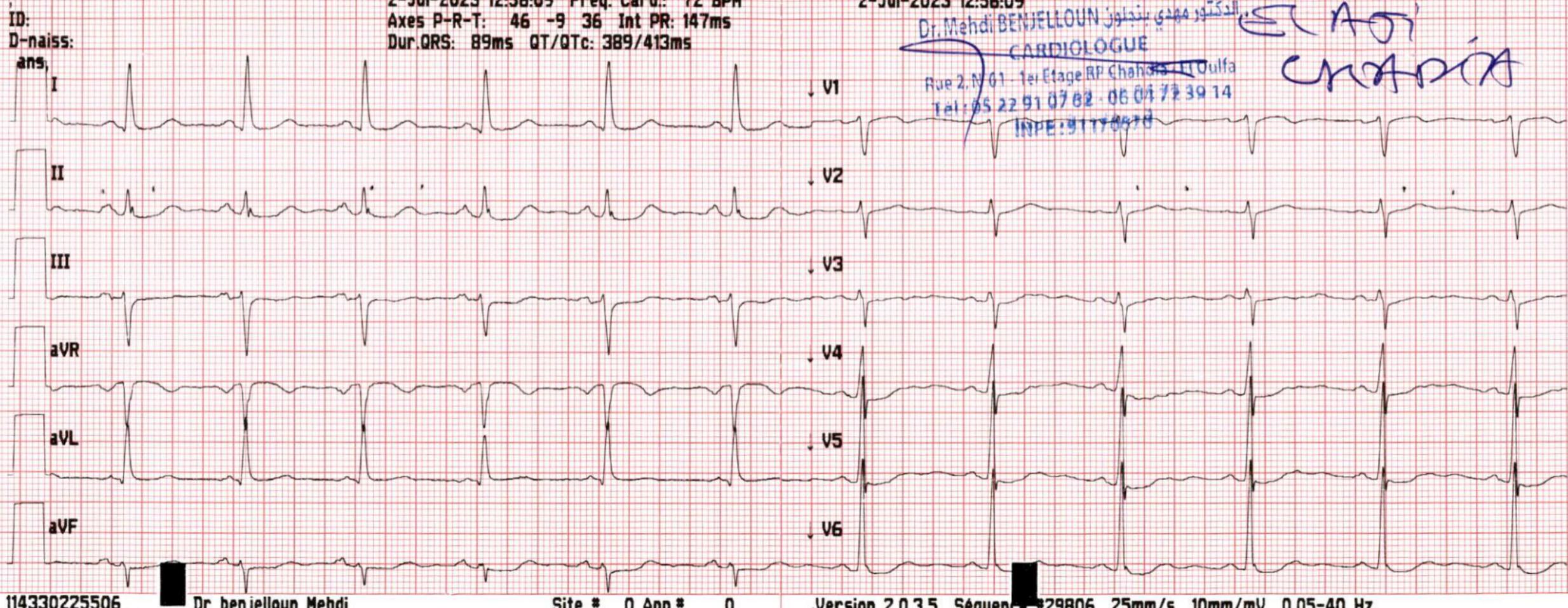


JANSSEN KETODERM 2%
CREME T 10G
P.P.V : 27DH3
6 11800010920
creme

↓
X6 Céd
111.10

71.447

2-Jui-2023 12:56:09 Fréq. Card.: 72 BPM
 Axes P-R-T: 46 -9 36 Int PR: 147ms
 Dur.QRS: 89ms QT/QTc: 389/413ms



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *29806 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz