

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

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : **11995**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZITOUR**

ILHAM

Date de naissance : **10.10.78**

Adresse :

Tél. : **0663064727** Total des frais engagés :

182785

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1**

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

.....

Enfan

Nature de la maladie : **Diabète**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

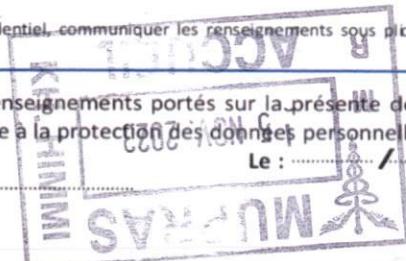
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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
20/03/23	C	1	350,00	INP 03146488/0

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE M'BOKINI Rue 13 Diyar El Menzeh 2 Lissasfa - Casablanca 01-9522 65 12 00	20/9/23	381,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/23	Do. Rochis de Conical	300.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	00000000	00000000														
	G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V:53DH10
6 118000 060833

RDONNANCE

LOT 220197
EXP 09/2024
PPV 52.80DH

Casablanca le 20/9/2023

Mme ZITOUR Ilham

1/MEFSAL 15

1 cp par jour pendant 14 jours

2/RELAXOL

1 cp le soir au coucher pendant 21 jours

52,80 3/OEDES 20

1 cp par jour pendant 14 jours

4/NODOL 400

1 cp trois fois par jour pendant 10 jours

5/VITANEVRIL FORTE

1 cp trois fois par jour pendant 21 jours

PHARMACIE MERINI
Rue 13 Diyar El Menzeh
Lissassia - Casablanca
Tél. 22-11-22

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • www.english.tn

📞 +212 522 36 74 05 📞 +212 522 94 07 70 / 74 📞 +212 522 3

PPV
LOT
PER
PPV
LOT
PER
28.80

Casablanca, le :

20/9/2023

ORDONNANCE

ame titour Ilhaee

Rx du rachis cervical F/P.

Collier

Casablanca, le 20/09/2023

PATIENT : MML. ZITOUR. ILHAM

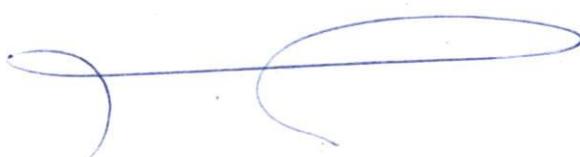
MEDECIN PRESCRIPTEUR : PR.D.COHEN

EXAMEN : RADIOGRAPHIE DU RACHIS CERVICAL FACE ET PROFIL

- Rectitude du rachis cervical.
- Absence de recul du mur postérieur
- Pincements discaux étagés, plus prononcés en C4-C5 et C5-C6, avec ostéophytes marginaux antérieurs, dégénératifs
- Absence d'épaississement des parties molles péri-vertébrales

Merci de votre confiance.

DR. KERROUF



CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE
54 BD GHANDI
TEL 0522 36 74 05

F A C T U R E

N° : 8577 / 2023 du 20/09/2023

Nom patient ZITOUR ILHAM Entrée 20/09/2023
PAYANTS Sortie 20/09/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RX RACHIS CERVICAL FP	1,00		300,00	300,00
CONSULTATION	1,00		350,00	350,00
<i>Sous Total</i>				650,00
Total Clinique				650,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		
SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS		Total
		650,00