

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13426

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Benhmid Abdellah / 198974

Date de naissance : 31/01/1951

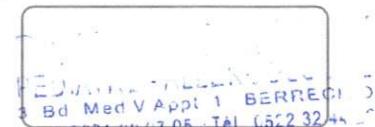
Adresse : Amra, B.M. Inc, App 21 casa

Tél. 06 61 13 08 57

Total des frais engagés : 726,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 6/3/24

Nom et prénom du malade : Ben le / MUPRAS / 13426

Lui-même

Conjoint

Age:



Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD

ALC

Pathologie

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 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 : Ben mla id

Le : 6/3/24

Signature de l'adhérent(e) : Cy



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
6/3/24	C.S		200 DH	YOUSSEF BEN YOUSSEF 10/06/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALYDINA 149 Quartier Alaydina Bécharia Tel: 05 22 33 54 61 INPE: 062084447 	06/13/24	376,62

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/03/2014	Rx Thérapie Facile	INPE 000065533 Centre de Radiologie Médicale Tél: 00212/0522 0115 00212/0522 0115

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'OD

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants:

- Quadrant D (Upper Left):** Teeth 1 through 8.
- Quadrant G (Upper Right):** Teeth 9 through 16.
- Quadrant H (Lower Left):** Teeth 17 through 24.
- Quadrant B (Lower Right):** Teeth 25 through 28.

Arrows at the top indicate the cardinal directions: North (H), South (B), East (G), and West (D).

[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

Docteur HADAOUI RIAHI

**Pédiatre
Allergologue**



الدكتور حداوي رياحي

**اختصاصي في طب الأطفال
أمراض الحساسية عند الطفل**

Berrechid le : f - 3 ... 2m برشيد ، في

ORDONNANCE

Bronchitis rhum. bronch. ac.

297,001) syntibit 200 (S)

1 p 2x 1

79,602) cloz-en 4f 200 (S)

1 g 2x 1

376,60

Pharmacie AL ZDIHAR
149 Quai Al ZDIHAR
Tél: 05 22 32 44 22
INPE: 062084447

Dr. HADAOUI RIAHI
PEDIATRE ALLERGOLOGUE
Berrechid - Casablanca

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir bnoi al acsem roches
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

Pdte pntk

2006 ug

Fiacon de 120 doses

10474 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00 DH

6 118001 020706

SMSG
SEP-22
AOU-24



79,60



Docteur HADAOUI RIAHI
Pédiatre
Allergologue

الدكتور حداوي رياحي



اختصاصي في طب الأطفال
أمراض الحساسية عند الطفل

Berrechid le : 6 - 3 - 2004
برشيد ، في.....

ORDONNANCE

Ben Hmed Moh
Rachid

tous champ

R + pulm main g.c.

CENTRE DE RADIOLOGIE LA RESISTANCE
INPE 060065653
LOT AL YOUSSEF I ROC MAG N 18 ET N 19 BERRECHID
Tél: 0212 101622 94 96 98
155B

Mu

3, Bd. Med V Hay Zahra - Berrechid
Tél.: 05 22 32 44 22 - Urgence : 06 71 32 97 05

**IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications**

Berrechid , le 06/03/2024

PATIENT : BENHMID MOHAMED RACHID
MEDECIN TRAITANT : DR. HADAOUI RIAHI
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX THORAX FACE

- Poumon légèrement distendu.
- Absence de foyer parenchymateux organisé.
- Culs de sac pleuraux libres.
- Silhouette médiastino-cardiaque sans particularité.

Conclusion :

- Poumon légèrement distendu.
- Absence de foyer parenchymateux organisé.

Confraternellement.

Signé : **Dr KABIR EL MEHDI**

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,



CENTRE DE RADILOGIE LA RÉSISTANCE
Docteur KABIR EL Mehdi
Médecin Radiologue
INPE : 061321212

CENTRE DE RADILOGIE LA RÉSISTANCE
INPE 060085653
Adresse : LOT AL YOUSSEF RDC, MAG'N 18 ET N°19 BERRECHID
Tél: 00212 (0)522 03 05 06

Centre de Radiologie

**IRM 1.5 Tesla - Scanner Multibarette - Radiologie Conventionnelle - Echographie - Echodoppler
Mammographie - Panoramique Dentaire - Ostéodensitométrie - Opacifications**

Berrechid, le 06/03/2024

FACTURE N°1206/2024

NOM & PRENOM: BENHMID MOHAMED RACHID

EXAMEN	MONTANT
RX THORAX FACE	150 DH
TOTAL	150 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :CENT CINQUANTE DH TTC



Lot AL YOUSSEF II Rez de chaussée Magazins N ° 18 et N° 19 Avenue la Résistance, Berrchid www.cirr.ma Tél : 05 22 02 03 05
E-mail: radiologielaresistance@gmail.com