

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.

Diologie 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.

Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : **1178** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **CAFIRINDI MOHAMED**

Date de naissance : **01-08-1948**

Adresse : **PO EL JADIDA**

Tél. **0664463932** Total des frais engagés : **13.16,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **14 DEC 2019**

Nom et prénom du malade : **CAFIRINDI Ned** Age : **71 ans**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **HTA 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 : **EL JADIDA** le : **14-12-2019**

Signature de l'adhérent(e) : **CAFIRINDI Ned**



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
11/06/2018	C2	→ 100,22		Dr. Houda A. DIDI KIRTI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/115	1176,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	6/1/2010	320211	40,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

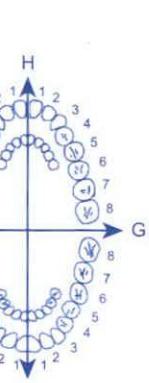
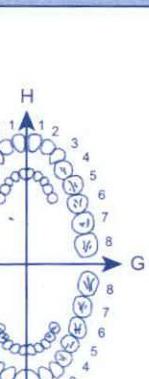
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 la

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			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D G	COEFFICIENT 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



الدكتورة هدى قادر اليطفتي
Dr. Houda KADER YETTEFTI
أخصائية في أمراض القلب والشرايين
CARDIOLOGUE



INP:111164091

الجديدة، في El Jadida, Le

11/12/2019

he found it

Diaetikon 30 (SP) (75) twis

Condensiel 275 = 71011

Askania 160 = 100/T

90,00/12.20-NR-20

1415 | 3rd week

08.00 v3 Tensidoxine 1P 0,4

1415

122,1043 Twotec 5

11176.8

شارع محمد الخامس، إقامة راصدة (مقابل بنت المغرب) الطابق الثالث، رقم 18 - المديونة
ICE:00160632900048 - INP:111164091 - Patente: 42116018 - IF: 63960017 - CNSS: 8376627

54,30

54,30



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160238

PPV: 54,10 DH



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160238

PPV: 54,10 DH



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

7862160238

PPV: 54,10 DH

PPV 23DH80
EXP 10/2021
LOT 98016 2

PPV 23DH80
EXP 07/2021
LOT 98005 2

LOT : 191267
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH

LOT : 191265
UT AV : 07/2022
PPV:99,00DH

LOT : 9MA017
PER.:08/2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V:98DH00
6 118000 062257

LOT : 9MA017
PER.:08/2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V:98DH00
6 118000 062257

LOT : 9MA016
PER.:08/2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V:98DH00
6 118000 062257

192,10

192,10

192,10



الدكتورة هدى قادر اليطفتي
Dr. Houda KADER YETTEFTI
 أخصائية في أمراض القلب والشرايين
CARDIOLOGUE



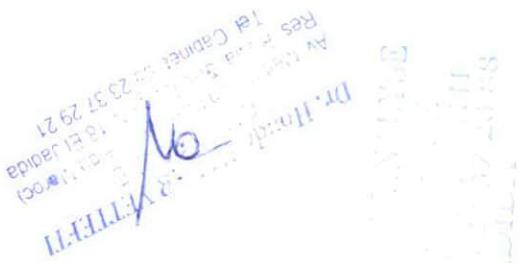
INP:111164091

الجديدة، في El Jadida, Le

A faire le 02/10/2020

hefzindi Ned

Olympe à Jeun



0607 7162 36 ☎ 0523 37 29 21 ☎



مختبر التحاليل الطبية إيمانع

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IMANE

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ahmed MESBAHI
Pharmacien Biologiste

El Jadida, le :

El Jadida le 6 janvier 2020

Monsieur LAFRINDI MOHAMED

FACTURE N°	13500		
Analyses :			
GLY (à jeûn) -----	B	20	Total : B 20
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		40,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quarante Dirhams

LABORATOIRE IMANE

2019-01-06

2. شارع النخيل - الجديدة - الهاتف / الفاكس : 05 23 37 20 88

Patente N° : 42105560 - T.V.A. N° : 755608 - R.C : 13454 - I.F N° : 63906437 - C.N.S.S : 2703743 - ICE : 001774461000084

Compte N° : 117170212115215349001588 Banque Populaire Ligue Arabe El Jadida



مختبر التحاليل الطبية إيمان LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IMANE

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ahmed MESBAHI
Pharmacien Biologiste

El Jadida, le :
06/01/20

Dossier ouvert le : 06/01/20.
Prélèvement effectué à 10:12.

Monsieur LAFRINDI MOHAMED

Dossier N° : 20A386

BIOCHIMIE SANGUINE

* * * GLYCEMIE	Soit :	Normales		
		1,20	g/l	0,7 - 1,1
		6,7	mmol/l	3,9 - 6,1

LABORATOIRE IMANE

LABORATOIRE D'ANALYSE
MEDICALES IMANE
Dr. Ahmed MESBAHI
Tél/Fax : 05 23 37 20 88
EL JADIDA 2088