

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS.

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2824 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Joutei Naima

Date de naissance : 25-04-1952

Adresse : 518- Hj. FATEH ouffa - CASA

Tél. 0632 300367 Total des frais engagés _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/07/2021

Nom et prénom du malade : TAHRI Joutei Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonf. rot.

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 : Casablanca Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : TAHRI



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.07.21	190,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANNALES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/21/21	Échographie grossesse	500,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

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

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

13,40 x 3

③

LEVOOTHYROX 50

5g

3 weeks



1 123,60 x 3
H comp

x

40 µg

x

3 weeks

INEXIUM

1 comp

7



DR. MAYA HAJJI
RAHMA SEYNE
120 RUE IBRAHIM EL HASSAN
TÉL: 0522 86 02 02
ICE: 0017021020000002



6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



Dr HAJJI Mayy
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISI 1^{er}
CASABLANCA
Tel / Fax : 0 22 8638 13

Malécule 2824 -

Merci

EXAMEN RADIOLOGIQUE OU ECHOGRAPHIQUE

PATIENT

NOM : TAHRI Soufia PRENOM : Naima AGE : 69 ans

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Néoplasies Sous
poplitées générées des clercs

UNIVERSITAIRERADAROM
SERVIEK KHALIFA IBN ZAD
SERVICE RADIOLOGIE

EXAMEN DEMANDE

Echographie des tissus jaunes

DATE : le 29.07.2021

DR. MAYY HAJJI
MEDECINE INTERNE
120 Boulevard My IDRISI 1^{er} - CASA
TÉL : 051 70270200002
FAX : 051 70270200002
ICE : 051 70270200002



Casablanca , le 17/08/2021

PATIENT : **TAHRI JOUTEI Naima**
 MEDECIN TRAITANT :
 EXAMEN(S) REALISE(S) : **Echographie Tissus Mous**

ECHOGRAPHIE DES CREUX POPLITES

Les nodules palpés correspondent à des amas d'échogénicité semblable au tissu graisseux sous-cutané et situés au sein de cette dernière

Ces nodules sont non bien circonscrits et confluents avec la graisse sous-cutanée

CONCLUSION :

Aspect en faveur de petits amas graisseux confluents avec la graisse sous-cutanée

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Pr AZIZ**



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 97 392 / 2021 du 17/08/2021

Nom patient : **TAHRI JOUTEI NAIMA**

Entrée 17/08/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 17/08/2021

		Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES					
- Echographie des tissus mous		1,00		500,00 Sous-Total	500,00 500,00
Total Frais Clinique					500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CINQ CENTS DIRHAMS

Total 500,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL
CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
SERVICE RADIOLOGIE



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 12/08/2021

Quittance - Paiement espèces 0596141

IPP :

N° D'admission : Montant : 500,00

Patient : TAHLI JOUFTI ABDRAHMAN

Cachet