

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

que :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **07655**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **SALHI Abderrahman**

Date de naissance : **19/03/1957**

Adresse : **523 lot hij fakih ouffa casablanca**

Tél. : **0663 643449**

Total des frais engagés : **378,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/03/2022**

Nom et prénom du malade : **JEDNY Laïla** Age : **1958**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension

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 : **Agdal**

Le : **01/04/2022**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/12/12 | CS/C ECO | 1 | 250000 | Dr. Mehdi BACHIRI Rue 2, 1461-14 El-Echchak Tel: 05 22 91 07 62 INPE: 9117651 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  STE PHARMACE HAMM | 28/03/22 | 128,90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| 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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a 3D grid of spheres arranged in a cube-like pattern. The vertical axis is labeled H at the top, D at the bottom-left, and G at the bottom-right. The horizontal axis extends from left to right, and the depth axis extends from front to back. Spheres are placed at various intersections of the grid lines. Each sphere is labeled with a number representing its index in the grid. The labels are as follows:

- Front Face (depth=1):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Back Face (depth=3):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Left Face (H=1):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Right Face (H=2):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Top Face (G=1):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Bottom Face (G=2):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Center (H=1.5, G=1.5, Depth=1.5):** 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

Cabinet de Cardiologie



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

عيادة أمراض القلب

Le :

28/03/2022

JEDNY Laila



49,40 AMEP 5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé le soir, pendant 3 mois

79,50 SOMNAT

2 comprimés le soir



AMEP® 5mg

28 comprimés



6 118000 081524

P.P.C
79.50 DH

STE PHARMACIE HAMZI
CASABLANCA
Lotis. Najat El Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 99 10 28

الدكتور مهدي بنجلون
CABINET DE CARDIOLOGIE
Rue 2, N° 61, 1^{er} Etage - Casablanca - El Oufa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 32 39 14
IBPE: 9 17 06 70

