

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 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.

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.

ANIBOU

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>13182</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>CHAKIB NOUHA</u>			
Date de naissance : <u>08/08/1991</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>06 58 959 253</u> Total des frais engagés : <u>781,90</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Docteur Leila MEJDI PNEUMOPHTISIOLOGUE Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca Tél. : 05 22 25 64 70			
Cachet du médecin :	<u>21/05/2022</u>		
Date de consultation :	<u>21/05/2022</u>		
Nom et prénom du malade :	<u>chakib nouha</u>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Rhino pharyngite récurrente</u>		
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 : CASA

Le : 24.10.5.1.2022

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
21.05.22	22 C2		# 300,00 DT	INP : 091111997

des Honoraires attestant le Paiement des Act
300,500 INP : 091111997



~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Auvergne Tél. 03 66 25 05 22	Montant de la Facture
Pharmacie des Familles Lamardie et Inman Lamardie - Tél. 05 55 25 05 22	24/11/22		481,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

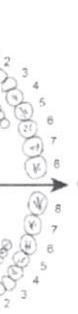
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

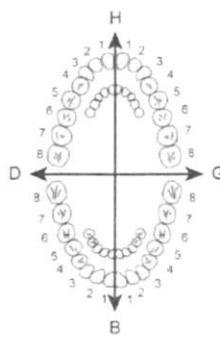
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(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 Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

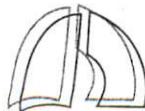
Diplômée de l'Université «Caen» France

Maladies Respiratoires - Asthme

Tuberculose - Allergies Respiratoires

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Le - Radiographie



الدكتورة ليلى مجدي

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الضيقه - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

LOT : 097

PER : JAN 2024

PPV : 102 DH 60

LOT : 097

PER : JAN 2024

PPV : 102 DH 60

152.65

Casablanca le : 21. 05

22. 05.

LAMRANI MERYEM

armacie des Familles Angle Rues

Normandie et Imam Tabarani

Casablanca - Tél: 0522.25.05.60

Dr CHAKIB
PHYSIOTHERAPEUTE
117, Ibnou Mounir
Etage N° 1 - Casablanca
Tél: 0522.25.64.70

1/ Aerius 5-8

(tut pnc 03 mois)

5010 1 ep / soir

1'S

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V : 50.10DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001 150205

2/ Nasmed spray

2 pulv dans chaque nar

1'S

1 s à 2 fois

3/ levophtha collyre

2 gtt dans chaque

1'S

43.50

4/ Supradyne Suis

1 ep / j

481.95

LEVOPHTA 0,05%
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16/DMP/21/NRQ

6118001270354

عبارات / LOT / H7680
نارجع انتاج / FAB/ 09-2021

(EXP / 08-2023

PPV : 75.00 DHS

6118001270354

PPC : 49.00DH

LOT : CB012806

EXP : 03/2023

5/ زهرة الزرقاء - 117، زنقة ابن منير وزنقة دوفيرن
الدار البيضاء - المعريف - الهاتف : 05 22 25 64 70 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - 117, Angle Rue Ibnou Mounir et Rue d'Alvergne - Casablanca
1er étage - Ap. N° 1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70
Tel. : 05 22 25 64 70