

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02275

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAADI EL Bustapha

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : lot ATTADAMINE Km 6 N° 61 oufia
Casablanca

Tél. : 06 49 34 27 52 Total des frais engagés : 787,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BAGHDADI Tayeb
Médecin Spécialiste
ORL Chirurgie Service Facial
Tél : 06 68 52 19 17

Date de consultation : 15/05/2022

Nom et prénom du malade : OMARIA Aissa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection APL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

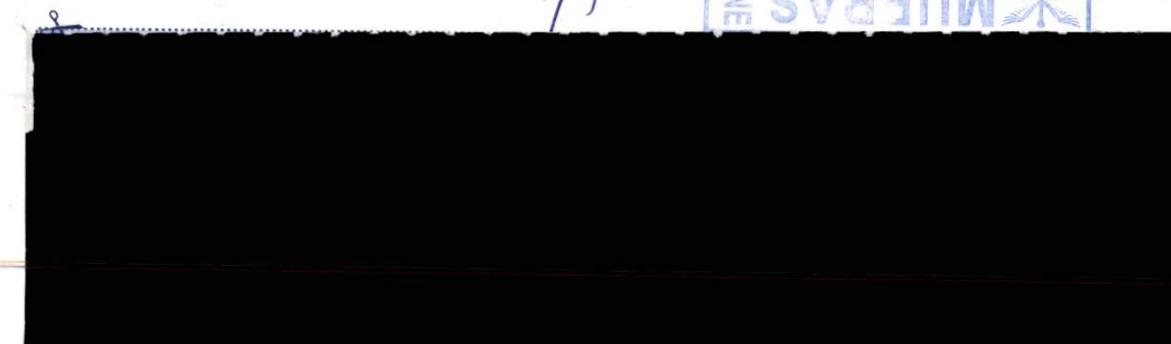
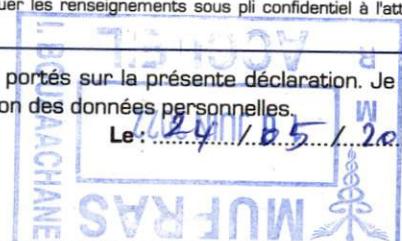
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/05/2022



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
24/05/22	ORL		GP	Dr BAGHDADI Tayeb Médecin Spécialiste ORL Chirurgie Cervico-Faciale Tél : 06 68 52 19 17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot. 103 Rue 111/112 1000 Bruxelles - Tél. 02 623 10 28	24/05/22	187,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

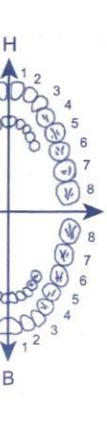
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25.12.24	B350	600,00

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 HONORAIRÉS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

<p>Import Veuillez SOIN</p> <p>Lot N° : 21025 Exp : 03/24 PPV : 87DH90</p> <p>ECOCLAV® 1g/125 mg Amoxicilline/Acide clavulique 12 sachets</p> <p>PROMOPHARM S.A. 6 118000 242260</p> 		<p>CETAMYL® 1000 mg PARACETAMOL Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH 6 118000 191438</p> <p>CETAMYL® 1000 mg PARACETAMOL Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH 6 118000 191438</p> <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>7862160342</p>											
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>7862160342</p>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	H
H	G												
25533412 00000000	21433552 00000000												
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B	H												
		<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>	<p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>6 118001 102020 Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH</p> <p>7862160342</p>										

Clinique Taha

Multidisciplinaire



مصحة طه

متعددة الاختصاصات

Casablanca, le : 24/05/2002

الدار البيضاء، في

M Dr BAGHDADI Tayeb
(Medecin Spécialiste
JHL Chirurgie Générale - Faciale
tel : 06 60 52 19 17

Ayza

Ecolax 3g
87,90 - sachet x 21J pris 06/07
avant repas

Cetamyl 1g
13,20 x 2 pris 25
avant repas
pms si douleur

Herothy 100 100
29/8 pris 3 mois
le matin avant repas
de 30 min

STEPHARMAC
C' - ADLANICA
Lot 5, Hachimi Filali
Casablanca - Rue N° 3 Lot 04
Tél: 05 22 93 10 28

BAGHDADI Tayeb
(Medecin Spécialiste
JHL Chirurgie Générale - Faciale
tel : 06 60 52 19 17

Dr. Latifa BADRE

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : **OMARA Boga** MR MME MLL ENF

Age : **60 ans**

Référence :

Siège et nature du prélèvement : **Thyroidie : fil = pile sup
Grande**

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

GYN **28 mm** **TIRADS 4.1** **1/2 côte** **ICEDP**
23 **23** **13**

Radiographies :

Date : **24/10/22** Signature :

Dr. RAGHAD Di Tayeb
Dr. Médecin Spécialiste
ORL Chirurgie Cervico Facial
Tél: 06 68 32 19 17

Dr. Latifa BADRE

Anatomocytopathologiste
 Diplômée de la Faculté de
 Médecine de STRASBOURG

Casablanca, le 25/05/2022

Nom & Prénom : OMARA AZIZA

N° d'examen : **2205H0757**

Date réponse : 31/05/2022

FACTURE N° 22/03220

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Pièce de thyroïdectomie totale.	B350	600,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Six cents Dirhams

Mode réglement : Espèce

Signé : **Dr L. BADRE**
 LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
 MOULAY IDRIS I^{er}
 16, Bd. My Idris I^{er} Face à l'Ecole
 Charles de Foucauld Rés. Al Jawaher
 Casablanca
 Tél: 05 22 86 18 36 / 29
 ICE: 001633133000057