

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dumment 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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-682438

124476

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Abdelmoumni Rachida

Date de naissance : 06/10/31/1956

Adresse : N°3 Rue Chevrotte Hay Almoustahab 00504

Tél. : 0666788634

Total des frais engagés : 257,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr SALHI Yahya
Spécialiste ORL / Chirurgie
Cervico Faciale
Angle Rue Jakarta / Rue El Bouloune
Imme. Salidi 05 22 70 25 70
17, 106 12022

Date de consultation : 17/10/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie : début de sinusite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : 06/07/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 28/07/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE JELOUH 22074931 | 18/04/22 | 253,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

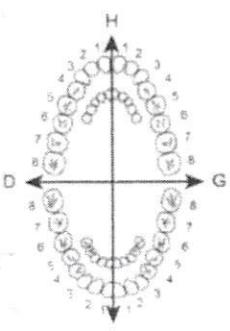
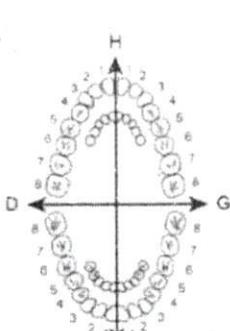
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|---|
|  | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35539411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35539411 | 11433553 | G | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35539411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SALHI Yahya
Spécialiste en ORL & Chirurgie
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine
 Imm. Saidi - 3^{ème} étage - OUJDA
 Tél. : 05 36 70 22 70



الدكتور صالحى يحيى

اختصاصي في أمراض وجراحة
 الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق
 زاوية زنقى جاكرطا ولبيونو بلكسين
 عمارة سعدي - الطابق الثالث - وجدة
 الهاتف : 05 36 70 22 70

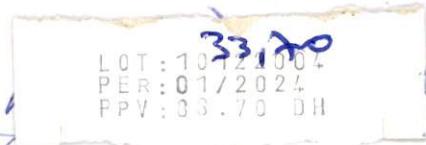
Abdelmoumni'

Rachida

Ordonnance

Oujda, le 17 Juin 2022

① Romac 300,
 83,2 149J 07J



② Rinomex

21ml

na + 31J 03J



③ Boudena

149,3

2 pulv J



صيغة جلولى
 PHARMACIE JELLOULI
 Dr. Rachida JELLOULI
 Rue Ahmed Maktari N°10, Hay Najd 1
 Imm. Saidi - 2^{ème} Et. - OUJDA
 Tél: 05 36 94 10 10 - OUJDA

SALHI Yahya
 Spécialiste ORL / Chirurgie
 Cervico Faciale
 Angle Rue Jakarta / Lt. Belhoucine
 Imm. Saidi - 2^{ème} Et. - OUJDA
 Tél: 05 36 70 22 70

Audiométrie - Impédancemétrie
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngo-Trachéale
Miscope

Dr DRISSI K Hassan

Nom : ABDELMOUNI Rachida

Sex: Female Lit No:

Age: 66Y Date: 17/06/2022 16:34:37

SN: 0015025 Section:

Cli No.: Case No.:

| | | | | |
|---------------|--------|---------------|---------|---------|
| Fréquence: | 1000Hz | PR Interval: | 178 ms | Prompt: |
| Temps d'écha | 21s | QT Interval: | 354 ms | |
| FC: | 95bpm | QTc Interval: | 445 ms | |
| P Interval: | 110ms | P Axis: | 53.40jā | |
| QRS Interval: | 75 ms | QRS Axis: | 11.10jā | |
| T Interval: | 185 ms | T Axis: | 51.80jā | |

Docteur: Dr DRISSI K Hassan

