

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.

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

22344

Déclaration de Maladie : N° P19-0006659

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **16.88**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HARIYE AHMED**

Date de naissance : **10-03-1950**

Adresse :

Tél. : **06.62.37.21.17** Total des frais engagés :

880,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : **18/06/2022**

Nom et prénom du malade : **mr Haribe Ahmed**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : **17/08/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Y.H**

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
1.8/06/2015	Micro Aspiration d'huile essentielle	3 x 1	30000 F	Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z. Dr. A. B. C. D. E. F. G. H. I. J. K. L. M. N. O. P. Q. R. S. T. U. V. W. X. Y. Z.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE LUXEMBOURG 24, Lot. Yashina les Crêtes. blanca Tél.: 0522 85 5	18/6/2022	380,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

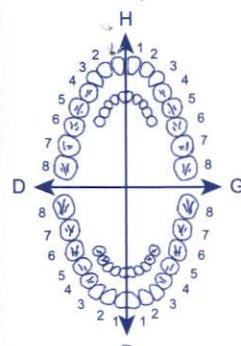
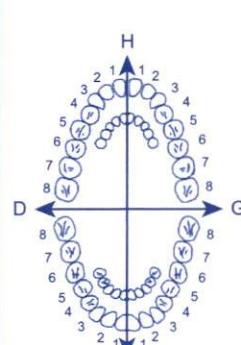
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montants des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table 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 style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient des travaux
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				Montants des soins										
				Date du devis										
				Date de l'exécution										

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة المنصوري إيمان

Dr ELMANSOURI Imane



Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Traitement et Chirurgie des Goitres

Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges.

Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الأنف، الإنف، والحنجرة

وجراحة الوجه والعنق والغضروفية

تشخيص التهوية، التهاب، وفقدان السمع

التشخيص، الناظر، الأداة، أمراض الحساسية

PHARMACIE LUXEMBOURG
Lamia MANDRE
Casablanca - Tél.: 0522 85 55 56/57

Casablanca, le

18/06/22

الدار البيضاء، في

LOT:21268
PER:10/2024
PPV:72,70 dh

LOT : 7627
UT.AV : 03-25
PPV : 36DH60

72,70

M. Ahmed · Ahmed · Hanibe

1). Flox 500 mg.

pat 06 جم

PPV 78DH20
PER 02/24
LOT L808

36,60

rep x2/5

2). Betasten 2mg

3cp/15 لع - pat Grimp/105

78,20

3cp/15 لع

3). Lornox 5 mg

pat

119,00

repl/5 لع sir pat

Lot N° 0 6 6 R 0 3 1 A
FAB: 0 6 - 2 0 2 1
EXP: 0 6 - 2 0 2 3

PPV:149DH00

4). Budens gtt s nasels

21,80

1 pulv x 2 - 1 J pat 2mls

21,80

5). Polydex gtt A

22,10

III gtt x 2 - 1 J pat 0,8mls

22,10

6).

Omig 20 mg

1 gtl/5

22,50

380,80

ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Casablanca

1 gtl/5 avant rep 0,675

زنقة كليميمة - الطابق الأول - الشقة 1 - بورگون (قرب صيدلية العيون) - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulimma - 1^{er} Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - (à côté Pharmacie Laayoune) - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 20 21 00 - الهاتف/fax : E-mail : mansouriorl@gmail.com البريد الإلكتروني :

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

Traitements et Chirurgie des Goitres

Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges

Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL

طبيبة اختصاصية في أمراًمن و جراحة الإنف، الإنف، والحنجرة

و جراحة الوجه والعنق والعقبة الدرقية

تشخيص الجوشة، الطنبير و نقيب السمع

التشخيص بالمنظار الداخلي، أمراًمن الحساسية

NOTE D'HONORIAIRES

Casablanca, le

18/06/88

الدار البيضاء، في

Nom :

Mme Hanibe Ahmed

Acte :

Microtspirat. m d'oreille

Cotation :

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

20000 DT +

+ deux cent DT

Pour les soins et actes médicaux réalisés