

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 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.

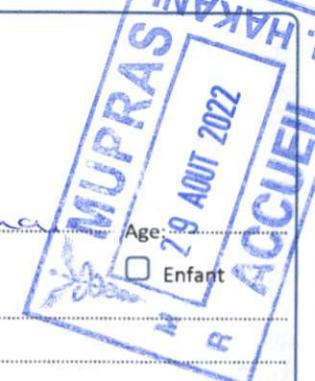
N° W21-712720

127395

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 9405	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BENZNAID OTHMANE		
Date de naissance : 22.01.1971		
Adresse : N° 18 RES. NADIR, QUARTIER EL WIAMY EL OULFA CASA		
Tél. : 06 6123 63 83	Total des frais engagés :	4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 04.07.2022	
Nom et prénom du malade : BEN HADDA Henna	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : Cardio	
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 : 29/08/2022**
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
01/01/2022	Echographie	400 D.H.	INP : 04 1725631	J. Saâdi Talbotji - Agence JIHAD 737 / 0528 847 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

CLINIQUE JIHANE

Gynécologique et Obstétricale

CLINIQUE JIHANE, AVENUE CHEIKH SAADI AGADIR

مصحة جهان

شارع الشيخ السعدي اكادير

TEL : 0528 847222 - 0528 824737

الهاتف : 0528 847222 - 0528 824737

FAX : 0528 82 83 37

fax : 0528 82 83 37

EMAIL :

البريد :

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

NOM : BENHADDA HASNA

INDICATION :

DATE D'EXAMEN : 04/07/2022

DDR :

Jour du cycle :

Semaines d'aménorrhée :

VESSIE :

UTERUS :

-Position :

-Dimensions :

-Echostructure :

-Contours :

ENDOMETRE :

CAVITE UTERINE :

ANNEXES :

-Droite : RAS

-Gauche : RAS

DOUGLAS :

CONCLUSION

petite image de rétention de 1,05 cm

DR. SAYAKH Abdellah
Gynécologue et Accoucheur
CLINIQUE JIHANE
Av. Cheikh Saadi - AGADIR
0528 82 83 37 / 0528 847222

CLINIQUE JIHANE

Gynécologique et Obstétricale

N° 113 Avenue Cheikh Sâadi

Tél: 05 28 84 72 22 - 05 28 82 47 37

Fax: 0528 82 83 37

Agadir



مصحة جهان

لولادة و أمراض النساء

رقم 113 شارع الشيخ السعدي تمدید X

37 47 82 28 05 / 22 72 84 28 05

05 28 82 83 37

أكادير

NOTE D'HONORAIRES

Agadir, Le 06.07.2022.

Nom: BEN HADDA

Prénom: Hassane

Consultation :

Echographie : 100

DIU :

Laboratoire :

Pédiatre :

Electrocoagulation :

Revision uterine :

Curetage biopsique :

Forfait accouchement :

Opération césarienne :

TOTAL

Arretée la presente facture a la somme de :

grand cat dsl

Dr. SAVARH Abdellah
Gynécologue - Accoucheur
Clinique Jihane
Av. Cheikh Sâadi Agadir - AGADIR
tel: 0528 82 83 37 / 0528 847 222

Multisonic™
S8

VS8807374 22 07 04 12

Clinique JIHANE

Tls 0.1 04.07.2022
Tlb 0.1 1:33:46 PM
MI 1.1 RICS-9A-RS
21Hz / 7.0cm
180°/17°
Routine HI/GYN
HI M PI 11.00 - 3.60
AO 98%
Gn 2
C6/M7
FF2/E2
SRI II 4/CRI I



1 D 1.05cm