

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9418 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENNI Khalid

Date de naissance : 04/06/1972

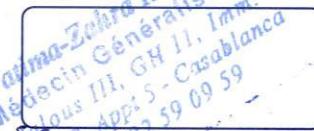
Adresse : VILLA 40 ILOT 9 CGI BOUSHOURA

CASABLANCA

Tél. : 06 61 06 09 61 Total des frais engagés : 474,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/08/2022

Nom et prénom du malade : Khalid Menni

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : RA

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 : Maroc Le : 29/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
29/08/2021		162		Dr. Fatima Boudjedra Médecin généraliste Tous les honoraires sont payés au 22/08/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Rés. les Jardins de Mounia Imme C, N° 1 Villa Vertie - Casablanca Tel : 0520.61.61.71 - GSM: 0622.15.45.00 ICE: 0520.28.15.45.00/4	13/03/2024	135,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

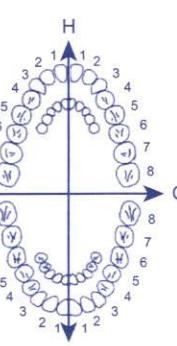
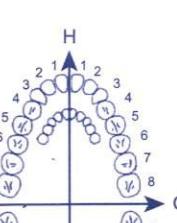
AUXILIAIRES MEDICAUX

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
OD.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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D	B														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				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

* Poligynse
20,00 1 sul x 2

PPV:20DH00
PER:03/25
LOT:1,984

* Aparaslop spray
89,50 1 ph + 3/

* Aparaslop spray
79,00 1 car x 3/j

324,40



Dr. Fatima Zahra Ragbaoui
Médecin Généraliste
Anatomie Pathologique
Jasmai Les Joyaux de Bouskoura
Tél: 0522 25 09 59



**Docteur
Fatima zahra RAGBAOUI**



- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien médecin interne à l'hôpital Mohamed 5 Casablanca
- Diplômée de la faculté de médecine de casablanca en Diabétologie
- Médecin agréé pour délivrer des certificats médicaux afin d'obtenir les permis de conduire

Médecine Générale-Echographie Général - Électrocardiogramme (ECG)

دكتورة فاطمة الزهراء ركباوي

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد الخامس بالدار البيضاء

- حاصلة على دبلوم راء السكري بكلية الدار البيضاء

- طبيبة مرخصة لدى وزارة الصحة من أجل اصدار شهادة طبية

للحصول على رخصة السياقة

الطب العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le

29/08/2023

الدار البيضا في :

Ordonnance

Khalid Amini

* Afzor com

100 mg

A03 J

Vita C 1000 mg

PPV 15DH3U
EXP 04/2024
LOT 0D05040

* Vitae C 1000 mg

15.30 1cp x 2

S.V.



* Andalouz S.V. x 2

40,90 1cp x 2

A11 J

تجزئة ديار الاندلس III إقامة جاسمين عمارة 3 شقة 5 بوسكرورة - عمالة التواصر

Andalous III GH.11-Résidence jasmine Immeuble 3 Appt 5 Bouskoura Province Nouaceur

GSM : 07 66 35 77 74 - Fix : 05 22 59 09 59 - Email: cabinet.fragbaoui@gmail.com