

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AJI chadia

Date de naissance : 6/11/58

Adresse : Rue 76 n° 35 groupe Pouffa Casa

Tél. : 05 22 33 99 77

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/09/2022

Nom et prénom du malade : EL AJI CHADIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

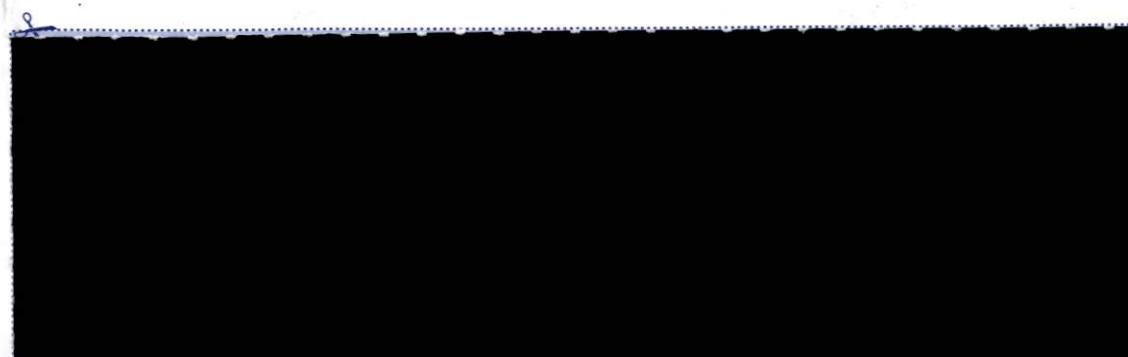
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : / /

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
Appel	CSL		15000	Dr. Mehdi Oulfa Cabinet dentaire Dr. Mehdi Oulfa Rue 31, 1000 Bruxelles Télé: 02 22 01 07 62 - 04 72 39 14 INPE: 91176670
	ECC		10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature	06/09/2022	11246
	15/09/2022	4380

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

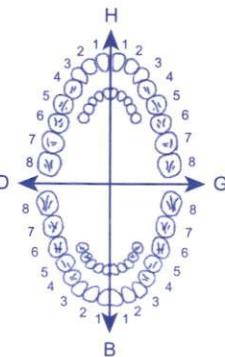
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 08/09/2022

Nom et Prénom : *ELAJI Chadia*

BI PRETERAX 5/1.25

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

RX PLUS GEL

1 application, matin et soir

AZIX

1 comprimé le matin, pendant 3 jours

NEOFORTAN 160

1 comprimé le matin et soir

VITANEVRIL FORT

1 comprimé, 3 fois par jour

SYMBICORT

1 Bouffe matin et soir

SERETIDE 250

1 Bouffe matin et soir

111,10 x 3 = 333,30 -

69,90 ♂

29,70

98,80

28,80

29,70 ♂

218,90

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGIE
Rue 2, N° 61 1er Etage RP Chhdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 59 14
INPE: 91170670

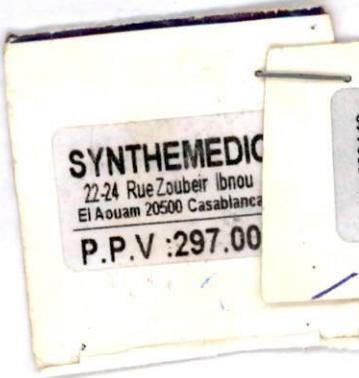
SERV

Laboratoire Hand & Heart

PPC 69,90 DH

RX plus gel

M,10 M,10 M,10



ID: 589442 GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 218,00 DH
6 118001 141876

TANEVRIL® FORT
imprimés pelliculés

28,80

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 980,00
EXP 11/2022
LOT 98044 3

PPV: 79DH70
PER: 08/24
LOT: K2275

Pharmacie Privée 36004560.

VILLE : ECE 001644535000081

QUANTITE

PRODUITS

le 15/09/2022

FACTURE

2 doliprane 1g 14,90x2

1 doliprane 0,02 15,80
mm

63,80

Arraché la présente facture
la somme de quarante trois
dirhams, 80 centimes.

PHARMACIE DU NIL
451, Bd Oum-Rabib
Tunisie - Tunisie

9

14/09/2022

PPV: 14DH0
PER: 01/24
LOT: L253

PPV: 14DH00
PER: 09/24
LOT: K2331

PPV 15DH80
PER 03/25
LOT L864



8-Sep-2022 12:31:02 Fréq. Card.: 69 BPM
 Axes P-R-T: 30 -20 30 Int PR: 164ms
 Dur.QRS: 93ms QT/QTc: 385/404ms

