

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° W21-774999

144840

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

13182

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

CHAUKIB

NATHA

Date de naissance :

08/08/1991

Adresse :

Tél. : 0658959 253

Total des frais engagés : 121700 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Leila MEJDI

PNEUMOPHTSIOLOGUE

Résidence Zarka 117, Ibnou Mountir
et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 25 64 70

13/08/2023

C. NINIA

Date de consultation :

07/08/2023

Nom et prénom du malade :

Dr. Nouha BRAKIB

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. ophtalmologie 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 : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AD-DOCHA Bab Al Cité Plateau	02/01/23	917.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

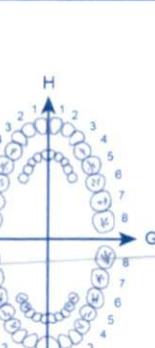
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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"/>																		
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></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		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Date du devis <input type="text"/>																		
				Date de l'exécution <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

Diplômée de l'Université «Caen» France

Maladies Respiratoires - Asthme

Tuberculose - Allergies Respiratoires

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Branchoscopie - Radiographie

الدكتورة ليلى مجدي

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى

خرج الكلبة الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - **الضيق** - المساسية

السعال - فحص الوظيفة التنفسية

الا... 20



PPV 40,00

Casablanca le:

07.01.2022

LOT: 102
PER: MAI 2024
PPV: 102 DH 60

7/2 CHAKIB Nouha

40,00

11 Fredrix 20 g

75

102,60 x 3

3 g - ti

il repas pMr 3 g, poi
8cp - ti pMr 2 g - barre

21 Actinus 5 g

75

(télé pour 03 g) 63,20 /

63,20 x 6 1 g g sur (télé pour 03 g) 63,20 /

31 Zytotec 10 g

75

(télé pour 03 g) 63,20 /

115,00 1 g g sur

75

1 g g sur 63,20 /

41 Avemys

75

1 g g sur 63,20 /

26,00 8 pulv sur 100 mg

75

80 mg sur 100 mg 2 for 63,20 /

ID: 650001
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 115,00 DH
Barcode: 6 118001 142262

917,00

عمارة الزرقاء - 117، زنقة ابن منير وزنقة دوفرين

الطابق الأول - المعايف - الهاتف: 05 22 25 64 70 - 05 22 25 64 05 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - 117, Angle Rue Ibnou Mounir et Rue du Auvergne

1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70 - Casablanca

DOCTEUR LEILA MEJDI
MULTIMORPHISMOLOGUE
Résidence ZARKA - 117, Rue Ibnou Mounir
et Auvergne - Casablanca
Tél.: 05 22 25 64 70

LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQ

LOT/

بار

11-2021

10-2023

Barcode: 6 118001 1270354

PPV: 75,00 DHS

Barcode: 6 118001 1270354

63,20

63,20 /