

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.

M22- 0047047

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4829 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARIKH Ahmed

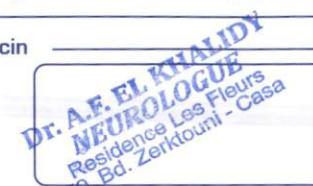
Date de naissance : 16-4-1953

Adresse : 50 Léonard de Vinci Al delman m-

Tél. : 0674.15.38.38 Total des frais engagés : 643,52 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



07 NOV 2023

Date de consultation : 07 NOV 2023 Nom et prénom du malade : MARIKH AHMED Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anxiété'

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 22/11/2023

Le : 22/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : MARIKH AHMED

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 NOV. 2023	C2		300914	DR. A.F. EL KHALIDY NEUROLOGUE Residence Les Fleurs 59, Bd. Zentour Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Laboratoire 153, Rue Ould Sidi Baba, Bd Day Ould Sidi Baba, rb Ghellaf - Casablanca INPE: 092078385	Date	Montant de la Facture
	07/11/23	343,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

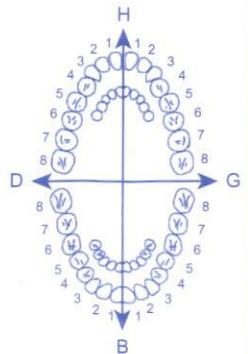
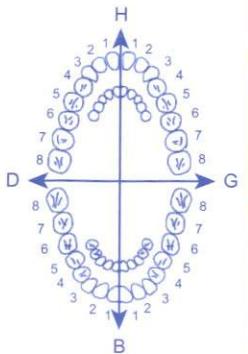
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
 au CHU Ibn Rochd - Casablanca

"Résidence les Fleurs"
 59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
 05 22 27 91 37

(BHD Day Ouid Sidi Baba, Casablanca, Maroc)

الدكتور الخالدي احمد فريد

احترافي في أمراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي

ابن رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»

شارع الزرقطوني - الدار البيضاء 59.

05 22 20 19 63 }
 05 22 27 91 37 } الهاتف

0.7 NOV. 2023

PPV: 126 DH 00

$$= 343,50$$

Dr. Tamek El Hafi

67,80

- ① Famotil

S.V.

LOT 231383
 EXP 04 2026
 PPV 35.70

1/1 x



126,00

② Cipentilo 1 S.V.

35,70

X ③ Alprazolam 1/2 S.V.

114,00

④ Famotil 1/2 S.V.
 100 mg x 10

ta du 3 - on

PHARMACIE WAII
 153, Rue Habacha
 (Bd Day Ouid Sidi Baba,
 arr. Ghellaf - Casablanca)

PER 08/2023
 08/2024
 TANAKAN 40MG/ML
 SOL BUV FL 30 ML
 P.P.V : 67DH80
 6 1180000 011552

*Dr. A. F. EL KHALI
 NEUROLOGUE
 Residence les Fleurs
 59, Bd. Zerkouni - Casablanca*