

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 : 34.86

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOUAIR MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 066.83.87.99.3

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IDRISI Abdelhamid
O.R.L et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chaouia - Casablanca
Tél : 05 22 22 01 41

Date de consultation :

19/2/2024

Nom et prénom du malade :

Ayoub Fathima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

rhume

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 : Docteur

Le : 21/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

ayoub fathima

VOLET ADHÉRENT

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10/02/2014 | C> | 250 | 250 | DR. DRASSI Abdelhakim D.R. et Chirurgie Face et Cou 103, Rue Chaouia - Casablanca Tel: 05 22 22 01 41 INPE: 091078253 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| INPE: 091078253 | 10.02.2014 | 239,60 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| INPE: 091078253 | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

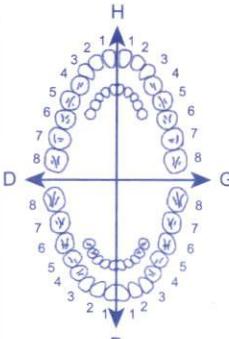
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

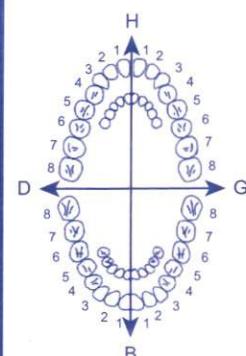
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 |
| 00000000 | 11433553 |
| 35533411 | |
| B | |



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

| |
|--|
| |
|--|

MONTANTS DES SOINS

| |
|--|
| |
|--|

DATE DU DEVIS

| |
|--|
| |
|--|

DATE DE L'EXECUTION

| |
|--|
| |
|--|

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET O.R.L.

- NEZ - GORGE - OREILLES
 - CHIRURGIE DE LA FACE ET DU COU
 - CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISI
SPECIALISTE
DIPLÔMÉ DE LA FACULTÉ
DE MEDECINE DE PARIS

دكتور عبد الحميد الجريسي
اختصاصي

خريج كلية الطب بيباريس

Casablanca, le 19/2/2024

12.5092.7th Agent Falmo
y 3 Nrm 200 S.

La grille WT
6/8/13. 1
L'avis
mid

9 Devonshire, 25

Devon May 25

LA PHARMACIE
Dr. S. G. D. ENJELLO
11m. 91-05-22 11:11
Dr. D. D. D. 05-22-01
103, Rue de la
Place du Commerce
1000 - Bruxelles
Belgium
Tél. 02 222 01 41
Fax: 02 222 01 41
E-mail: info@pharmacie-enjello.be

~~839,60~~ 11

50
3moi 6
25, IDRISI
ORL, et Chirurgie
103, Rue Chouaïb
Tel: 05 22 22 14 41
21, IDRISI
et Chirurgie
103, Rue Chouaïb
Tel: 05 22 22 14 41



6 118001 102013

Levotyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:

01/2026

Lot:

G01UUN

Fab:

02/2023



6 118001 102013

Levotyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:

01/2026

Lot:

G01UUN

Fab:

02/2023



6 118001 102013

Levotyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336

EXP:

01/2026

Lot:

G01UUN

Fab:

02/2023



6 118001 102006

Levotyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:

01/2026

Lot:

G01UPM

Fab:

02/2023



6 118001 102006

Levotyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335

EXP:

02/2025

Lot:

G01K3A

Fab:

03/2022

EXP:

10/2025

Lot:

G01QUR

Fab:

11/2022

D3 NORM®

200 UI

GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 230863

A consommer

avant le: 10/2026

PPC : 89,50 DH

D3 NORM

200 UI

GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 230863

A consommer

avant le: 10/2026

PPC : 89,50 DH