

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

- 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 : 3249 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : QD 1298

Nom & Prénom : EL AITI chadia

Date de naissance :

Adresse : Rue 76 n° 35 groupe 8 ouffa casa

Tél. : 06 66 339 977 Total des frais engagés : 1090,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/10/2024

Nom et prénom du malade : EL AITI CHADIA Age : 50

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HGT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05 AVR. 2024

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) : K.H. HIMMI



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
07/04/24	CGT		200000	ABD BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahda - El Oufa Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 12 35 INPE: 91170670
	ECG		100000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'UNIL	03/04/24	66662,1
	03/04/24	53,32

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
D			G	
			B	
O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le :03/04/2024.....

Nom et Prénom :

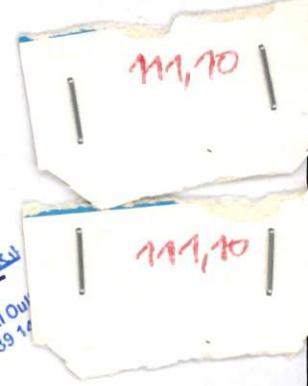
ELAJI Chadia

BI PRETERAX 5/1.25

1 comprimé le matin, pendant 6 mois



111,10 x 6 = 666,60



PHARMACIE DU NIL
61, Bd. Oum-Rabia
Casablanca

دكتور مهدي بنجلون
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670

سُوْفْرَانَ[®]

SOUFRANE 2P.CENT

Solution pour pulvérisation nasale



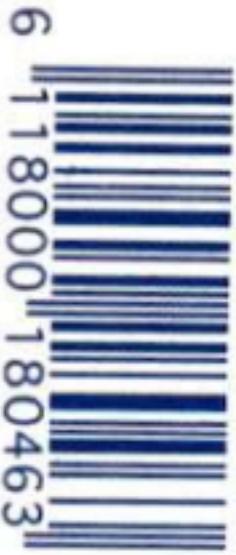
تيروفينيكروكسيلات الصوديوم

محلول للرش

في الأذن

قببته من 20 مل

عن طريق الأذن



6

118000 180463

2 بالمائة

16,30

PHARMACIE DU NIL
HAY OULFA CASABLANCA
PATENTE: 36004560

PHARMACEUTICALS

Le... 03/04/21,

INPE 092045194

FCE 001644595000081

FACTURE

NOM: ELAÏJI SHADIA



ID:
D-naiss:
ans,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

3-Avr-2024 14:25:45 Fréq. Card: 53 BPM
Axes P-R-T: -14 3 25 Int PR: 158ms
Dur.QRS: 101ms QT/QTc: 454/438ms

3-Avr-2024 14:25:45

70.557

الدكتور مهدي بن جلون
Dr. BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
2. N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
05 22 91 07 82 - 06 04 72 39 14
INPE: 81170670

ELAISI

CONFIDIA

114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *34986 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz