

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 : 00000237 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Egdouti Mohammed

Date de naissance : 1928

Adresse : Rue GNR 35 ET 37 EL ouf a Gasa

Tél. : 06.74.29.30.28 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/03/2024

Nom et prénom du malade : EGDOUTI MOHAMMED Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Renale

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 : 25 AVR. 2024 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
27/03/2024	Transfusions de 2 culots globulaires phénotypés		1500,00 DHS	Centre du Re

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 BENABEDI <i>Dr. Kamil Abouregreg - 303, Bd. Ben Arous - 1001 Tunis</i>	27 <u>03</u> <u>24</u>	91,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 12x12 grid with numbered circles (1 through 12) and arrows indicating movement. The grid is bounded by a thick black border. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 2: 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 12
- Row 3: 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 12, 11
- Row 4: 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10
- Row 5: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9
- Row 6: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8
- Row 7: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7
- Row 8: 5, 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6
- Row 9: 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5
- Row 10: 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4
- Row 11: 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3
- Row 12: 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2

Arrows indicate movement from one circle to the next in a clockwise direction, starting from circle 1. The grid is centered on a coordinate system with a horizontal arrow pointing left and a vertical arrow pointing down.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Docteur Anis LAHLOU

Spécialiste en Néphrologie
Maladies des Reins et Hémodialyse
Ancien Interne et Chef de Clinique
des Hôpitaux de Paris
Médaille d'or de la Faculté Cochin
Lauréat de la Faculté
de Médecine de Paris

Casablanca, le 27.03.2024

$M_1 \in \mathbb{Z}^{D \times T}$

Mohamed,

LOT 233043 2
EXP 10 25
PPV 158.90DH

Q1,40

- EIGHTEN 200 ^g : 115 pdt 85ours.

T: 91.40

Docteur Anis LAHLOU
NEPHROLOGUE
Signature
N° 2 Rue Kadouri Casablanca
051-4522507 no m: 091089383



Centre du Rein

Centre de Néphrologie et d'Hémodialyse

Casablanca le 27/03/2024

FACTURE 027C/03/24

Mr EZDOUTI MOHAMED

- Transfusion sanguine : 2 culots globulaires phénotypés.

PRIX : 1 500,00 dirhams

Arrêtée la présente facture à la somme de mille cinq cent dirhams.

FACTURE ACQUITTEE le : 27/03/2024.

Docteur Anis LAHLOU
NEPHROLOGUE
Angle Bd Ghandi
n° 2 Rue Kadmiri Casablanca
tél: 0522 25 61 48 - 0522 25 61 57
fax: 0522 25 61 48 - 0522 25 61 57
E-mail: lahlou.anis@gmail.com

Centre du Rein
Angle Bd. Ghandi et
2 Rue Kadmiri - Casablanca
tél: 0522 25 61 48 - 0522 25 61 57
fax: 0522 25 61 48 - 0522 25 61 57
INP: 090006354
ICE: 001710543000046