

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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.

N° P19- 048817

ND 50929

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1467 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUIMEN BRAHIM

Date de naissance : 01.06.1964

Adresse : 9^e 14 lot old NARES HY My Rachid casab

Tél. : 0664.94.12.31 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.11.2020

Nom et prénom du malade : MOUIMEN Age :
Hôpital My Rachid

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prénom apoplexie en facette covid

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Le : / /

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) :
Signature :

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
30/11/2020	clt			Dr. Lembared Ayoub MEDECIN Hôpital My Rachi

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE SAD 01. BUN DINH HUNG - HUE 35 C/ 09/04/2016	2016/11/11	140,20

ANALYSES & RADIOGRAPHIES

Sachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	DRK M ¹ Radiologie Dr. EL HADJ El Hachem Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. EL ARHAM M ¹ Médecin Radiologue 762, Bld Driss El Hanafi RDC 762, Bld Driss El Hanafi Cité El Hanafi - Casablanca Tél : 05 22 57 65 65	DRK M ¹ Radiologie Dr. EL HADJ El Hachem Radiologue	30/11/2017	TDM	1300dH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). The teeth are arranged in a curve, with numbers 1 through 8 on the upper arch and 8 through 1 on the lower arch. A vertical line labeled 'H' passes through the center of the arch. A horizontal line labeled 'D' extends to the left, and a horizontal line labeled 'B' extends to the right. The teeth are represented by circles with numbers inside, and the arch is shown with a dashed line.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HOPITAL DU JOUR

CHP MOULAY RACHID

Casablanca le :

11/11/

Ordonnance

ANESTHÉSIE-RELAXANT

60111
1) AZILIDE 500



1 Cp le premier jour puis 1/2 DE J2 à J7

126111
2) VIT C 1000



1 Cp / JOUR le matin

561111
3) D CURE ampoule buvable



1 amp toute les 15 jours

911111
4) ZINASKIN Cp eff



2 Cp le matin

ANESTHÉSIE
111111
5) DOLIPRANE 1000



1 Cp x 3/jour

111111
6) LOVENOX 0.4

1 inj en sous cutané

111111
7) ISOLONE 20 mg

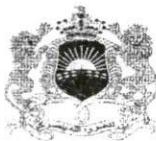
3 cp /jour pendant 10 jours

111111
8) OEDES 20 mg

1 gel le soir

PHARMACIE SAADIA
Dr Ben cherif OMNIA
88-90 Av des Forces - Auxiliaries
Tachkerten - Tel: 05 22 70 53 51

DR DOUHAL Samia
Anesthésie - Réanimation



ORDONNANCE

Le 30/11/2020

MOUSSA - ABDELLAH

TDM thoracique





Facture N° : 4033/20

Le : 30/11/2020

Monsieur MOUMEN ABDELHAMID

Examen : TDM THORACIQUE SANS INJECTION

Montant : **1 300.00 DH**

Mille Trois Cent Dirhams

*Dr. EL ARKAM Fatna
Médecin Radiologue
RDC 762, Bd Driss El Harti
Cité Djellaba - Casablanca
Tél : 05 22 57 65 65*