

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.

N° W21-684634

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>2739</u>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : <u>HLIN Falima</u>	
Nom & Prénom : <u>HLIN Falima</u>		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. : <u>06 580 5656</u>		Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>17/3/99</u>			
Nom et prénom du malade : <u>HLIN Falima</u> Age : <u>DAH</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>HLIN Falima</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>HLIN Falima</u>			
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 : <u>ACCUEIL</u> Le : <u>01/01/2023</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>I. BOUACHACHE</u>			

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
15/12/92	SA	1	200	INP : Dr. SULTAN MOHAMMED Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Bagnolet - CASA Tél. 0522 48 20 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
DEPARTEMENT N°1, BTP Tél: 05 55 22 22 22 Fax: 001706907	15.12.22	3062,40

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																																																																											
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																											
MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																											
DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																											
FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																											
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																													
		H	25533412	21433552																																																																							
		D	00000000	00000000																																																																							
		B	00000000	00000000																																																																							
		G	35533411	11433553																																																																							
		MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																									
		DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																									
DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																											
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																											

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alsfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 45 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويس بباريس
أمراض السكري - المعننة - الكولسترول

اللغة الفرنسية

الهاتف : 0522 45 27 88

Casablanca, le

15-12-22

1/2/2023 100 g (S.V)
2/2/2023 100 g (S.V) x 3
3/2/2023 Glycine 0,5 (S.V)
4/2/2023 100 g (S.V)
5/2/2023 100 g (S.V)
6/2/2023 100 g (S.V)
7/2/2023 100 g (S.V)
8/2/2023 100 g (S.V)
9/2/2023 100 g (S.V)
10/2/2023 100 g (S.V)
11/2/2023 100 g (S.V)
12/2/2023 100 g (S.V)
13/2/2023 100 g (S.V)
14/2/2023 100 g (S.V)
15/2/2023 100 g (S.V)
16/2/2023 100 g (S.V)
17/2/2023 100 g (S.V)
18/2/2023 100 g (S.V)
19/2/2023 100 g (S.V)
20/2/2023 100 g (S.V)
21/2/2023 100 g (S.V)
22/2/2023 100 g (S.V)
23/2/2023 100 g (S.V)
24/2/2023 100 g (S.V)
25/2/2023 100 g (S.V)
26/2/2023 100 g (S.V)
27/2/2023 100 g (S.V)
28/2/2023 100 g (S.V)
29/2/2023 100 g (S.V)
30/2/2023 100 g (S.V)
31/2/2023 100 g (S.V)

24، زقة بغداد (قرب زقة أكادير ومصطفى المعاني) - الدار البيضاء

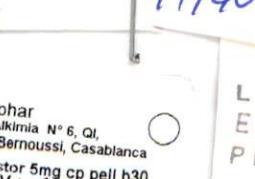
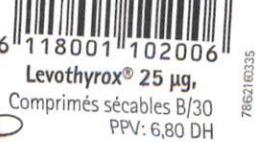
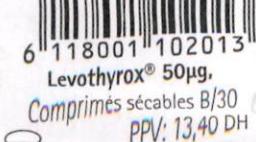
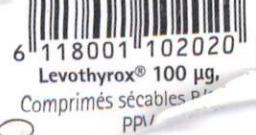
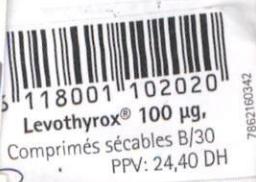
24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni] - Casablanca



LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60

Ne pas sauf thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ



Maphar
Alkimia N° 6, Qi,
Boumouss, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.V: 114,10 DH
18001 183104

Maphar
3d Alkimia N° 6, Qi,
Boumouss, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V: 114,10 DH
18001 183104

Stagid* 700 mg
100 comprimés sécables



LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60

Ne pas sauf thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

100 comprimés sécables

6 118000 021292

49,40

LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60

Ne pas sauf thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

100 comprimés sécables

6 118000 021292

49,40

LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60

Ne pas sauf thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

100 comprimés sécables

6 118000 021292

49,40

LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60

Ne pas sauf thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.

AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

100 comprimés sécables

6 118000 021292

49,40

LOT 222480
EXP 08 2025
PPV 107.60