

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 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 :

2153

Société :

ASO25A

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELBY2K YAD

Date de naissance :

03/04/49

Adresse :

C 28 A

Tél. :

068852519

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

NAJEM KHADJA EP ELBIDAL

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection rhumatologique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	14/02/2023	1009.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
Colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والغضروف،
والروماتيزم. العمود الفقري.
الهشاشة والنقرس.
الفحص بالصدى

14 février 2023

Mme NAJEM KHADIJA El Biar

KETUM DOSEUR

2 doses x 3 /jour sans massage pdt 10 jours

SEDALGIC

1 cp x 2 / J pendant 15 jours

CHONDROSLUF 400 MG GEL

1gel/jour pdt 2 jours
Puis 1gel x3 /Jour pdt 3 mois

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med ZAFZAF Anassi
Tél. : 05 22 01 07 07
GSM : 06 10 55 57 57
E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com
Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med ZAFZAF Anassi
Tél. : 05 22 01 07 07
GSM : 06 10 55 57 57
E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med ZAFZAF Anassi
Tél. : 05 22 01 07 07
GSM : 06 10 55 57 57
E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

Tél : 05 22 01 07 07 -Gsm : 06 10 55 57 57 - E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي:8 السلام 1، شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1 ش 17 الطابق 3 (قرب بريد المغرب حل أناسي) - سيدى مومن - الدار البيضاء

Complexe Médicale Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rsd RYM 1, N° 8, Etg 3, N° 17, Anassi - Casablanca

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 11800 1271214

PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 11800 1271214

PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 11800 1271214

PPV : 283,00 DH

LOT : 221091

EXP : 07/2024

PPV : 30,00DH

LOT : 221091

EXP : 07/2024

PPV : 30,00DH

* VIGNETTE

~~KETUM 2,5 % gel~~

tube doseur de 120g

PPV 100 DH