

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

- 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 : 06962 Société : RATM
 Actif Pensionné(e) Autre : 091958
 Nom & Prénom : Mabstoul Faniel
 Date de naissance : 20/02/58
 Adresse :
 Tél. : 0662 778211 Total des frais engagés : 631,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 

Date de consultation : 15 JAN
 Nom et prénom du malade : MABSTOUL Karima Lee Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Troubles psychologiques
 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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
000-000				
15-01-2014	1	Coef 1	250,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABDERRAHMANE DIBABID CASA PHARMA TANDEM	15/10/2024	381.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

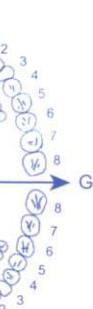
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SLAOUI Khalid
Gynécologue-Obstétricien

DATE : 17 juw 24 FACTURE N° 0038/24

Nom et Prénom de la Patiente

Khalid Slaoui
Bellahcine

- Consultation du	<u>17 juw 24</u>	<u>250</u>	DHS
- Echographie du			DHS
- Electrocoagulation du col			DHS
- Pose et Fourniture de stérilet du			DHS
-			DHS

Le montant des honoraires s'élevant à la somme de

250 DHS

[Signature]
Dr. Slaoui Khalid SLAOUI
Gynécologue-Obstétricien
Casablanca
Tél: 02 22 12 76 / 02 22 02 71
Fax: 022 22 56 51

Docteur Khalid Slaoui

Gynécologue - Obstétricien

Diplôme d'Etat de la Faculté de médecine de Reims

Ancien attaché au C.H.U de Reims

Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique

Stérilité - Echographie

Sur Rendez-vous

الدكتور خالد السلاوي

احترافي في الأمراض النسوية والولادة

خريج كلية الطب برامس

بالميدان

PHARMACIE JERRADA
61, Bd. Abderrahim Bouabid
Oasis - CASABLANCA
Tél. 23.54.49/99.05.18

Casablanca, le 15 JAN 2024

Madame MABTOUL Karima Née BELLAHMER

174.00

* Cavaillès Mycoléa gel

40.00 * Gyno-Dermofix 300

$\times 2 = 80.00$

1 flacon

1 ovule ce soir

à renouveler au bout d'une semaine

87.30 * Dermofix crème

2 btes

1 application le matin

40.50 * Efficort hydrophile

1 tube

1 application le soir

1 tube

* Relaxium 375

1 gelule le soir

2 btes

381.80

Résidence Ibn Zaidoun - 1er étage Appartement 3B

89 - 91 Bd. d'Anfa - Casablanca

Tél.: 0522 22 12 76 / 05 22 22 02 71 - Fax : 0522 29 56 51

E-mail : dr.slaouik@hotmail.fr

URGENCES : Clinique Val d'Anfa 19, Bd. Franklin Roosevelt - Casablanca

ICE : 001597006000054

إقامة ابن زيدون الطابق الأول الشقة رقم 3 ب

91 - شارع أنفا - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 29 56 51 - 0522 22 12 76 / 0522 22 02 71 - الفاكس : 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

Tél.: 0522 39 69 36 à 39 / 0522 39 60 10 à 13 / 0522 36 87 87 / 0522 79 01 00

INPE : 091130294

Gyno-Dermofix®

Sertaconazole

1 ovule - 300 mg

N°

Siem

40,00



Gyno-Dermofix®

Sertaconazole

Luneli Prochem

1 ovule - 300 mg

22 Jan V

40,00



AC028701

Dermofix® crème 2%

Sertaconazole

Crème dermatologique

Tube de 30 g



89130

6 118000 020448

Effisort® Hydrophile 0,127%, crème
Tube de 30 g
AMM N° : 59 SG/42



Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

Ne pas avaler
Respecter les doses prescrites

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

EXP : 0086
LOT : JRN 2025
PDU : 40,50 DH