

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

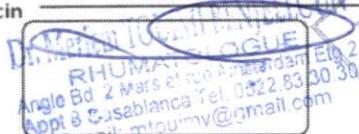
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-695812

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4675		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : 16/12/69			
Date de naissance : 16/12/69			
Adresse : 0661424668			
Tél. : 300 + 501.80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 RHUMA - CLIQUE Angle Bd 2 Mars et rue Amsterdam Etg 2 Appt 8 Casablanca Tel. 0522 83 30 30 E-mail: mtoimv@gmail.com			
Date de consultation : 20/12/23			
Nom et prénom du malade : M. SCALY FATHIMA Age: 23			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dol de dos			
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 : Casablanca Le : 20/12/2023
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
201223	CS		300	INP : 091166103
			D.M.	
				Dr. Meriem TOUJOUNI BELICUN RHUMATOLOGUE Ange Bd. 2 Mars el rue Amsterdam Elg 2 Appart Casablanca Tél: 0522.83.30.30 Email: mtoujouni2@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PH. EL KOBBA 2 Ain NOKBI FES RC: 35716 Tél: 05 35 66 91 59	12/12/23	501.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

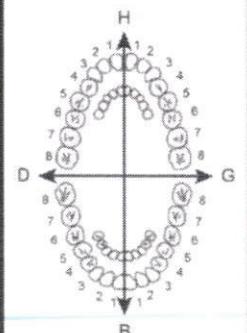
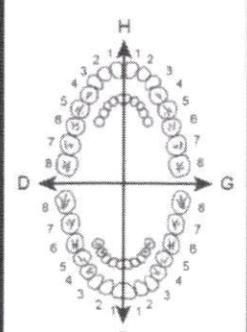
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	MONTANTS DES SOINS												
	DEBUT D'EXECUTION												
	FIN D'EXECUTION												
	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	MONTANTS DES SOINS												
	DATE DU DEVIS												
	DATE DE L'EXECUTION												
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION											
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
G	35533411	11433553											
B													

Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



الدكتورة مريم تويمى
بنجلون

أخصائية في أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم

- الفحص بالصدى (باريس)

- أمراض هشاشة العظام (باريس)

- التهاب المفاصل وأمراض الطبل الباطني (باريس)

- العلاج بالأدوية البيولوجية

hyaluronic acid

PPC : 79,80 DH

20.12.2023

Mme SCALLY Fatimzahra

1 FLEXOPLEGE CREME

1 le matin et le soir, pendant 1 mois. LEGER MASSAGE

79,80
28,3,00

2 CHONDROSULF 400 mg gél : B/84

1 gélule le matin et le soir, pendant 3 mois.

139,00
501,20

3 CURCUFLEX

1 le matin et le soir, pendant 3 mois.

Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NR0
PPV : 283,00 DH

LOT: 230481
DUO: 05/2026
139,00DH

Dr. Meriem TOUIMY BENJELLOUN
RHUMATOLOGUE
8, Angle Bd 2 Mars et Rue Amsterdam
Tél: 05 22 83 30 30 - GSM: 07 77 51 69 00
IN: 09161777516900

PH. EL KOBBA
2 Ain NOKBI FES
RC: 3571669159
Tél: 05 35 66 91 59

Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2^{ème} étage - Appt N°8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - Casablanca

زاوية زنقة أمستردام وشارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com