

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

- 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

200489

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4105 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khaliss Nessimine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 60 78 31 2 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/01/2019

Nom et prénom du malade : Ben Amal ZALIM Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Cystite

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
25 MARS 2024	G		200,00	 Dr. ALIM 0522599977

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourier	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARRAKCHI BENJAFAR DMD 25, Darb A. Salama N°77 Casablanca Téléphone Casablanca : 0522278808	25/03/24	306,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
MARRAKCHI			

AUXILIAIRES MEDICAUX

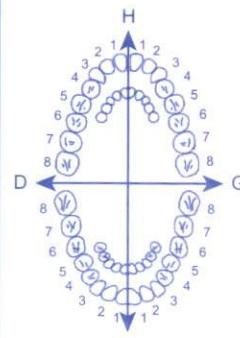
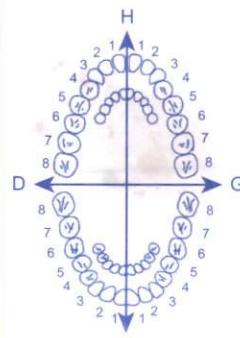
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	B	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	G	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amal Zalim

Suivi Grossesse

Echographie

Electrocardiogramme

ECG

Médecine Générale



الدكتورة أمال زليم

متخصصة في العمل

الفحص بالصدى - التلفرزة

التخطيط الكهربائي للقلب

الحجامة

الطب العام

Casablanca, le :

25 MARS 2024

الدار البيضاء، في :

N^e : Bondahmane

Daasile

49,30

1) Ket :

1app x 2p



76,30

2) 2neac do

1g x 2p auch népén



50,70

3) Diacen (sup)

1app x 4p



74,80

4) Megaflex 100

1app x 2p

le suivi = 7

Dr. Amal Zalim
Médecine Générale
Bd El Jemaa, 14, 1000 Casablanca
Télé: 0522 599977

5) Megaflex 160
1app x 2p

شارع الجولان رقم 616 درب فريحة قرية الجماعة (سباتة) الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 59 99 77 - 07 02 83 31 91

E-mail : amal.zalim@gmail.com البريد الإلكتروني :

SYNTHMEDIC
22 rue zoubair bno al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boute 14

640150MP21NRO P.P.V: 76,70DH
6 118001 020591

LOT : 9731
PER : 12 - 25
P.P.V : 54 DH 50

Mefaston 150 mg
Boute 20 comprimés
6 118000 09937

Megaflor® 500 mg
10 Comprimés pelliculés
6 118000 070610

LOT : 0029
PER : SEP 2026
PPV : 52 DH 80

indications, contre-indications, précautions d'emp
doit être conservé à une température inférieure

50,70

KETUM 2,5% gel
Tube de 60 g

118000 050100

Riacen®
Piroxicam 20 mg
10 suppositoires
PROMOPHARMA

6 118000 240761

MIJATIAMA 10