

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3270

Société : RAM. 197891

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SKIREDT LEILA

Date de naissance : 05/04/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOSSIA IN 43 N°1

CASABLANCA

Tél. : 0660619331

Total des frais engagés : 1200 DHS / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B5
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa
Tél.: 05 22 99 34 14/15

Date de consultation : 06/03/2024

Nom et prénom du malade : Dr. Skiredj leila Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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
06-3-2014	S		Encaissé	Dr. Mekki SKIN FED RHUMA PRODUCE Résidence Ben Omar porte B3 Ibnou Naïss Maârif - Casa 05 22 99 34 14/15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
 Solonned 20, Rue des Hôpitaux (3) Quartier des Hôpitaux tel: 05 22 22 08 27 / 05 22 27 12 13 Fax: 05 22 27 12 15	08.03.24					200,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

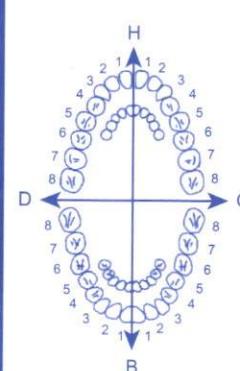
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie
Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكريج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بموبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 06/13/24

Stress d'attelle

280.-

Attelle passe fixe de
Rhizarthrose

peur de meurir gauche

solomed
20 Rue des Hôpitaux (2)
Babtide des Hôpitaux
Tél.: 05 22 27 12 15
Fax: 05 22 27 12 15

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa
Tél.: 05 22 99 34 14/15

Do come!

Mr. Muller
Bremen
Germany

SKIREDJ LAILA

CASA Le : 08/03/2024
 Facture N° : FT03150783/24
 Mode Régл. :

TVA	Désignation	Qté.	Prix TTC		Mont. TTC
20	06/03/2024 BL03062659/24 ATTELLE DE SOUTIEN POIGNET POUCE DROIT	1.00	200.00		200.00


 solomed
 40, Rue des Hôpitaux
 Quartier des Hôpitaux (3)
 Tél. 0522 22 88 22 / 0522 27 12 13
 Fax: 0522 27 12 15

HT 20 % : 166.67
 TVA 20 % : 33.33

TOTAL HT :	166.67
T.V.A :	33.33
TOTAL TTC:	200.00

Arrétée la présente facture à la somme de : DEUX CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES ./.

ICE : 0002099 12000086