

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 |

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

NP
14234

Déclaration de Maladie : N° P19-0019282

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01316 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ALLAL BEN ABDELLAH Date de naissance :

Adresse :

141 LOT COMMUNAL SIDI MAAROUF

Tél. :

06 490 15075 Total des frais engagés : 748,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. W EL KHOULI
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Rés ALMAJD, Angle av. Hassan II
et Route Ouled Ziane 1055, 602200
Tél: 0522 60 81 81 / Fax: 0522 60 22 00

Date de consultation : 4/12/09

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Dribich / HTA / ITC / gyn de prescrit

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 : casab

Le : 04/12/09

Signature de l'adhérent(e) : DR. W EL KHOULI

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
4/11/2019	C2K	270.00		Dr. W EL HADJ Centre d'hémodialyse et de dialyse Res. EL HADJ, angle Rn 1 et et Route Ouled Ziane M 5,6,7 Tél: 0522 60 81 81 / fax: 0522 60 22 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMIDA Ave 100 Complete Commercial Ave Sidi Maârouf Casablanca Tél: 0522 33 55 87 - 06 03 30 93 14 ICE: 0000453700000083	4/12/2019	498.10

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
		AM	PC	IM	IV	

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'H' points upwards. A vertical arrow labeled 'G'				

Centre de dialyse AL MAJD

DR ELKHOULI . W

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse

Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Med V Hay Mohammadi, Casa



مركز تصفية الدم المجد

الدكتورة و . الخولي

اختصاصية في امراض الكلى و تصفية الدم

طبية و رئيسة سابقة لمصلحة أمراض الكلى و تصفية الدم
بمستشفى محمد الخامس، العي المحمدى، الدار البيضاء

Casablanca le : 4/11/2019

Daktarin® 2%
gel buccal

Maphar
Km 10, Route Côtier 111.
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal 140g

P.P.V : 53,00 DH

6 118001 180745

Najah Abassia

300

S.V

- Daktarin gel

100g x 21,-

300

- Debridet ep

1f x 37,- avec

Sim cor 20

S.V

48,00

4800,-

- Kerne net 7

78,-

Centre d'hémodialyse ALMAJD
Rue Al-Imam Al-Baieq, Tachfine
et Route Ouled Ziane M 5,6,7
Tél: 0522 60 8181 / Fax: 0522 60 22 00

DR W EL KHOULI

UT. AV. : 08 22
P.P.V

LOT N° : 1279 9 00

48,00

10A
cal

Rue 11
Sidi Ma
Tél: 0522 60 33 04

LOT : 19E003
PER : 04/2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

LOT : 8M004
PER : 06/2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 300DH70

LOT: 8M04043
PER: 04/2020

6 118000 061847

129,00