

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ions 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.

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Centre :

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.

Défense 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 à caractère 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 059999

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2840

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHLOU Med KHALIL

Date de naissance : 18.08.53

Adresse : 1 BLVZ BAHMAO Résidence cheng 1 n° 13
RÉSIDENCE CASABLANCA

Tél. : 06 22 41 29 22

Total des frais engagés

Dhs

12 NOV. 2020

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELLA
Ex. Assistant C.H.U. ST ANDRE
24, Rue de Bachir El Gueddi
Tél. 05 22 20 45 45 (LG)

Date de consultation : 29.10.2020

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

| Nature des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|------------------|------------------|---|---------------------------------|--|
| 81/09/20 | 2 | Docteur MONAFI BO JELLA Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris 24, Rue de Bagdad - CASA Tél. 0522 48 47 88 89 | 851,00 | 851,00 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ALMASSA INAE : 091 Doctorat en Pharmacie 51, Rue Dr. A. Benmousa CPM 16820 Casablanca | 24/09/2020 | 1039,90 |

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 | |
| Sté. CHU Hôpital Sainte-Justine 1004 0522 24 98 89 | 24/09/20 | INSULET MIX 30 SARIAU MEDICAL Sein - Sacs Boîte cereale - Casablanca Tél/Fax 0522 24 59 39 | 280,00 |





Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويس بباريس
أمراض السكري - السمنة - الكوليستروール
الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Casablanca, le

24/09/20

85,00 x 4 Khalil



3x 122,00 les deux

140,00 x 2 Novartil 160,

Sanofette 80ml

280,00 Saint-Saëns-Boulevard Casablanca

1039,95

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 48 27 88

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

2021-12-05

212010604



LOT

GM300 use with
GS300



STE CHERKAOUI MEDICAL

MOHAMED KHALIL LAHLOU

FACTURE N° : 2020000070

ICE :

Casablanca le, 05/11/2020

Code Client : 000392

| Désignation | Qté | P.U. | Montant | Tva |
|---------------|------|--------|---------|--------|
| bionime pt 50 | 2.00 | 140.00 | 280.00 | 20.00% |

*STE CHERKAOUI MEDICAL
58 RUE SAINT SEANS BELVÉDÈRE SAINT SAENS N 14 IMM DAR EL KHIR BELVÉDÈRE - CASABLANCA
Tél.: 0522245989 - Fax: 0522245989
I.F.: 14462108 Patente: 30391064 R.C.: 291259 C.N.S.S.: 9780083
E-Mail: cherkaoui.para@gmail.com
ICE : 000162689000042*

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENT QUATRE VINGT DH.

| | | |
|--------|------|-------|
| 233.33 | 20 % | 46.67 |
| | | |
| | | |

| | |
|---------------------|---------------|
| TOTAL H.T. | 233.33 |
| TOTAL T.V.A. | 46.67 |
| TOTAL T.T.C. | 280.00 |

58,RUE SAINT SEANS BELVÉDÈRUE SAINT SAENS N 14 IMM DAR EL KHIR BELVÉDÈRE - CASABLANCA Tél.:

0522245989 - Fax: 0522245989

I.F.: 14462108 Patente: 30391064 R.C.: 291259 C.N.S.S.: 9780083

E-Mail: cherkaoui.para@gmail.com

ICE : 000162689000042