

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

- Reclamation : 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.

N° W19-458553

190653

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9409	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELABSSI JALAL			
Date de naissance : 25/04/1973			
Adresse : 19 Rue la fontaine Racine CASA			
Tél. : 064116558	Total des frais engagés : 1431,60 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 20/07/2022			
Nom et prénom du malade : EL ABSSI JALAL Age : 49 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Paratose			
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.			

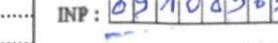
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA** Le : **28 JUIN 2022**

Signature de l'adhérent(e) : **J. EL ABSSI**



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
20/07/2022	62	22	250 m	INP : 091083631  Dr. Elmahdi CABYLIANA Tél. 022253500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL ARAKI Mme H. EL ARAKI Bd Abdellatif Ben Kaddour Tunisie	20/05/22	681,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Spins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Mohammed RA Services des Urgences et Secours Médicaux SM: 0669974367	21/05/18			10		500,00
	30/05/18					500,00

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	<hr/>																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	<hr/>																			
	B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

Docteur Majid Lahlou

الدكتور مجيد لحلو

SPECIALISTE
DERMATOLOGUE-VENEREOLOGUE

Maladies de la Peau, du cuir Chevelu et
des ongles.

Maladies Sexuellement Transmissibles

Chirurgie Dermatologique

COSMETOLOGIE.

72, Rue Ahmed El Mejati - Mâarif
(EX. ALPES) - 2ème étage
CASABLANCA - Tél : 05 22 25 35 69
G.S.M : 06 61 06 69 78

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر

والأظافر

الأمراض التناسلية

جراحة الجلد

علم التجميل

زنقة Ahmed El Mejati (سابقا ز. ذي زالب) 72

الطباطق الثاني - المعارض

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 35 69

الخليوي: 06 61 06 69 78

CASABLANCA, le 20/05/2011

↑ EL. ABSSI. JALAL

1 Bo dts spray. Solution antiSeptique

1 app x 2/3 Sur le furoncle de la
region perineale curse oncle

1 Furadine aeme et 1/2 de la zone

1 app x 2/3 Sur le furoncle de la zone

1 app x 2/3 Sur le furoncle de la zone

1 boite de 16 félules 2 félules x 2/3 2 hours apres
repose du petit dej et du apres

1 boite de 16 félules 2 félules x 2/3 2 hours apres
repose du petit dej et du apres

1 boite de 16 félules 2 félules x 2/3 2 hours apres
repose du petit dej et du apres

1 boite de 16 félules 2 félules x 2/3 2 hours apres
repose du petit dej et du apres

1 boite de 16 félules 2 félules x 2/3 2 hours apres
repose du petit dej et du apres

111,00

39,70

1d 6,40

85,80

111,00

72, Rue Ahmed El Mejati

CASABLANCA

Tel: 05 22 25 60

681,60

BACTOSPRAY
LOT 2203007
EXP: 02/2026
PPC. 148.00DH

Laboratoire ADDAX
France

PPV 85DH80
LOT 100281
EXP 11/2023

FLOXAM
Flucloxacilline
500 mg
16 gélules Voie orale

39,70

Fucidine 2%
crème Tube de 15 g

39,70

PPV: 14DH00
PER: 01/25
LOT: L370

PPV: 14DH00
PER: 01/25
LOT: L370

PPV 116DH40 LOT 150116
EXP 08/2023

FLOXAM
Flucloxacilline
500 mg
24 gélules Voie orale

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Llorente

Gentamycine®
160 mg
Gentamicine

6 ampoules injectables de 4 ml

LOT 428
EXP 10/23
PPV 112DH00

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

6 ampoules injectables de 4 ml

LOT 430
EXP 10/23
PPV 112DH00

**Mohammed RAU
Service des Urgences
et Soins Médicaux
GSM: 0669974301**

Infirmer à domicile

FACTURE

Rue de l'épargne
20250, Casablanca
Téléphone : +212663219441

N° DE FACTURE DATE
3058 11/6/2022

RÉF. CLIENT	CONDITIONS
847	Paiement à réception

Nature de maladie : Fracture de membre inférieur

<i>Merci pour votre confiance !</i>	SOUS-TOTAL	500.00
	TAUX DE TAXE	0%
	TAXE	-
	TOTAL	500.00MAD

Si vous avez des questions concernant cette facture, veuillez contacter
Rabeh Mohammed, +212663219441, Rabeh.medmo@gmail.com

500.00MAD