

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.

N° W21-716890

124282

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 11694 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HACHIMI KHALID

Date de naissance : 17/02/1970

Adresse : 32 RUE SOUS QUARTIER CUBA

CASABLANCA

Tél. : 06 72 96 32 56 Total des frais engagés : 362,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/04/22

Nom et prénom du malade : HACHIMI Khalid Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Colopathie/Hypertonie

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 : Casablanca Le : 04/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Hachimi Khalid

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
11/06/22		1	150,00	INP : 101169001 Dr ABDELALI Abdeljalil Médecin généraliste 16, avenue El Haouz, 1er étage Takaddoum - Rabat Tél. : 05 37 65 90 16
MEDICAN AGREE CONTHOLEUR CNSS INPE : 101169001 ICE : 001844468000037 IF : 14445816 RC : 805 - CNSS : 9006307				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. A. TIZNI 022 28 25 74 Tél : 05 37 65 90 16	11/06/22	212,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M le : 11694

Docteur ABDELALI Abdeljalil

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat
DIU de la Faculté de Médecine de Bordeaux

*Médecin Agrée pour la Visite Médicale
pour le Périmis de Conduire*

Echographie - Electrocardiographie
Adultes et Enfants

الدكتور عبد العالى عبد الجليل

طب عام

خريج كلية الطب بالرباط وبوردو

طبيب معتمد للفحص الطبي للقدرة على السياقة

الفحص بالإيكوغرافية و تخطيط القلب

للكبار والصغار

Rabat le 11/06/2022 09:50

HACHIMI KHALID

96,00^o 1) BELMAZOL® 20mg gélules:

1 gélule MATIN avant le petit déjeuner et 1 gélule pendant 28 jours

79,00^o 2) CARBOSORB TRANSIT cp:

1 comprimé 3 fois par jour

ATTENTION : arrêter si diarrhée et reprendre si constipation

37,00^o 3) ACETHIO 500mg comprimés:

1 comprimé Matin Midi et Soir pendant 7 jours

LOT :

EXP :

PPV :

96,00

LOT: 210776
PER: 10\2024
PPC: 79,50 DH

P.P.V : 37,00
LOT :
EXP :
PHARMACE
DERB TAZI
Tél: 0522 20 85 74
Le 7
Services

3 Médicament(s) non renouvelable(s) et non substituable(s) sans un cas d'intolérance ou d'allergies prière de contacter votre médecin ou

MEDECIN AGREE CONTRROLEUR CNSS
INPE : 101169001
ICE : 001844468000037
RC : 805 - IF : 14455816
CNSS : 9096307

Dr. ABDELALI Abdeljalil
16, Avenue El Haouz - Rabat
Takadoum - 1er étage
Tél.: 05 37 65 90 16

INPE 101169001 - ICE : 001844468000037 - RC: 805 - IF: 14455816 - TP:25947805

Rendez-vous de contrôle à respecter le : à

16, Avenue Al Haouz, Gpe Argane - Takadoum - Rabat
(en face de la CNSS) INP : 101169001
Tél. : 05 37 65 90 16

16, شارع الحوز، مجموعة اركان حي التقدم - الرباط
(قابلة الضمان الاجتماعي)
الهاتف : 05 37 65 90 16