

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 et télés

- 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.

N° W19-458569

141 296

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule	0409	Société	RAT
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELABSSI JALAL			
Date de naissance : 25/04/73			
Adresse : 19 Rue la fontaine Racine CASA			
Tél. : 06 44 66 60 88	Total des frais engagés : 532,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/9/22			
Nom et prénom du malade : Elabssi Jalal Age : 49			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : CASA Le : 20/10/22

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
20.4.22	✓		3.00.00	INP : 9151285116
				DR. ZAKIA M. DERNAOUI CASBENE 09 06 22 98 05 16 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour TAI	6/9/22	232,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
25533412	21433552

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zakia KHALIL

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau et du Cuir Chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Comblement des rides - Botox - Lasers

Diplômée de la Faculté de Liège (Belgique)

Ancienne Interne des Hôpitaux de Reims et Montpellier



الدكتورة زكية خليل

خريجة كلية الطب بليبيج

اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد - الشعر

الأمراض التناسلية - طب التجميل - الليزر

خريجة كلية الطب بليبيج بليبيج

طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات ريمس و مونبولي

Casablanca le : 20.01.2022

Clabss Jalal

~~Pharmacie EL ANADEL
Mme H. EL ARAKI
Bd Abdellatif Ben Kaddour
TAI~~

Conafloce 100 (Boite 4)

76,60 1 gell (semaine . pris
repos

87,30 Demolax 100
1 x 1, pris une fois
2

DT 2006
PER 03/25
PPV87D100

69,00 Alcostol 100
1 x 1, pris une fois

199, شارع بئر انزان - إقامة الوالدة الطابق 2، شقة 7 - الدارالبيضاء - الهاتف : 05 22 98 60 09 - المحمول : 05 01 30 03 31

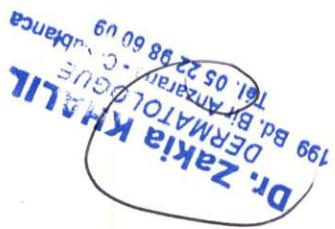
199, Bd. Bir Anzarane - Résidence El Walida - Casablanca (en face Rés. Khouribga) - Tél.: 05 22 98 60 09 - GSM : 07 01 30 03 31

E-mail: khalilzakia@hotmail.com

arabic

Dermatologo

Dr. Zakiya Khalil



ALCASTERIL

PH ALCALIN
HYPOALLERGÉNIQUE
CALME LES IRRITATIONS
RÉDUIT LES ODEURS

Sans savon - Sans paraben

PEAUX ET MUQUEUSES DÉLICATE



AM80 0225

LOT _____ PER _____

Prix

69.00

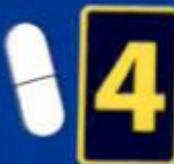
CANAFLUCAN®

FLUCONAZOLE

150 mg

- Antifongique

LOT : 1884
PER : 07-25
P.P.V : 76 DH 20



Gélules Voie orale

LAORATOIRES
PHARMAS 5
مختبرات