

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.

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

M22- 0021668

1562M

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ LEILA

Date de naissance : 05/04/1958

Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA IMMEUBLE N° 1

CAZABLANCA

Tél. : 066 61 9331 Total des frais engagés : 315,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Oinar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 99 34 14/15

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant,

Nature de la maladie : DR Mekki

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 Contentement des Actes
03/23	Ch		500	<i>DR RHUM BOURGOGNE</i> Résidence Nationale Rue longue 05 22 99 51

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)																
				MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)																
				DEBUT D'EXECUTION (Start of execution)																
				FIN D'EXECUTION (End of execution)																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1592 923 1834 1073"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
		COEFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)																		
		MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)																		
		DATE DU DEVIS (Date of the estimate)																		
		DATE DE L'EXECUTION (Date of execution)																		

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des os, des Articulations

De la colonne Vertébrale

Et Rhumatisme Inflammatoires

Diplôme de la faculté de médecine de Montpellier



الدكتور المكي سكريج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام - المفاصل - العمود الفقري

خريج كلية الطب بونبولي

التطبيب السيدوي

فحص المفاصل بالصدى

Ostéopathie

Échographie Musculo Squelettique

Casablanca, le 20-03-23

Dr Mekki Skiredj Lekta.

1 - 160 mg x 2
- Cidemta do mg

2 Btés



1 - 0 - 0
2 - Prost 50 mg
3 - 339 - 0 - 1

3 - Oestes 20. mg

3 - 0 - 0

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte 3ème
Rue Ibnou Nafiss Maârif - Casa
Tél.: 05 22 99 34 14/15

إقامة بن عمر - الباب B - زنقة ابن النفيسي - الطابق الثالث - المعارض - البيضاء 14

05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا[®]

إسيتالوبرام

CILENTRA[®]10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118 001 300 303

10 ملغ

28 قرصا ملبيسا قابلا للكسر
عن طريق الفم

مدين
Médicament Autorisé N°: 258/20dmp/NRQd

PPV: 126 DH 00

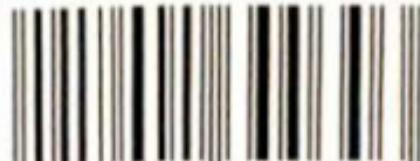
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملغ

28 قرصا ملمسا قابلا للكسر
عن طريق الفم

LOT 210832
EXP 12/2023.
PPV 30.00DH



14 gélules

OEDES 20mg

OEDES[®]
oméprazole



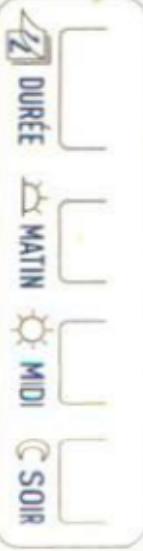
Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x 1

20 mg
Voie orale



COOPER
PHARMA



6 718000 061052



24 Gélules

Profenid® 50 mg

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS
A conserver à une température inférieure
ou égale à 25°C et à l'abri de l'humidité

Uniquement sur ordonnance - Tableau C

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Profenid® 50 mg

Profenid® 50 mg

33,90

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

2013/12/3

Dr. Mekki SKIREDJ

1 - *Domotique*

2 - *Echographie musculaire*

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa
Tel: 05 22 99 34 15

إقامة بن عمر - الباب 5 - زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - البيضاء 14
Tél. : 05 22 99 34 14
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa