

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.

M22- 0052333

163760

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00543

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EZ KHALIFI Mohammed

Date de naissance : 01.01.1943

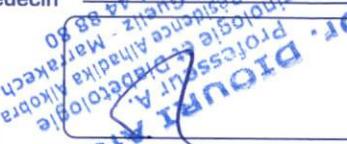
Adresse : "Jardins de Californie" Bd. S. Fes. App. C10
CASA BLANCA

Tél. : 066054557

Total des frais engagés : 1867,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Ez Khalifi Mohamed Age : 79

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

drogue

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 : Casablanca

Le : 10.10.1.2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/05/2023				Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CALIFORNIE ALI ALAMI	10/05/2023	1747,80
Bd Panoramique Polo Casablanca		
Docteur en Pharmacie		
Tel: 0522.52.19.99		

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue			
Casablanca			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ALIMEDICAL MATERIEL MEDICAL	10/05/2023					100,00
Vente en Magasin						
non valide pour toute autre transaction						
84, Rue Salim Cherkaoui Quartier des Hôpitaux						
Casablanca						
Tél : 05 22 20 51 10/06 58 95.71.71						

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	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552		DATE DU DEVIS
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
G				
B				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on the upper arch and 1 to 8 on the lower arch. A coordinate system is overlaid with points D, G, and				

DR DIOURI AFAF

Professeur A. Endocrinologie -diabétologie

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de Marrakech

Cholestérol- obésité -goitre -diabète

Nutrition-impuissance sexuelle

Retard de croissance

الدكتورة ديوري عفاف

أستاذة م في أمراض السكر - الغدد

أستاذة سابقة بكلية الطب والصيدلة بمراكش

التغدية- السمنة

نقصان النمو- العقم

Marrakech Le----- 10/05/2023-----

Mr El KHALIFI Mohamed

2x89,00

Diamicron 30mg 1-0-0

3x193,00

Januvia 100mg 1-0-0

3x18,40

levothyrox 50ug 1cp/j

4x6,80

levothyrox 25ug 1cp/j

3x50,00

tecpril 2.5 1-0-0

3x51,80

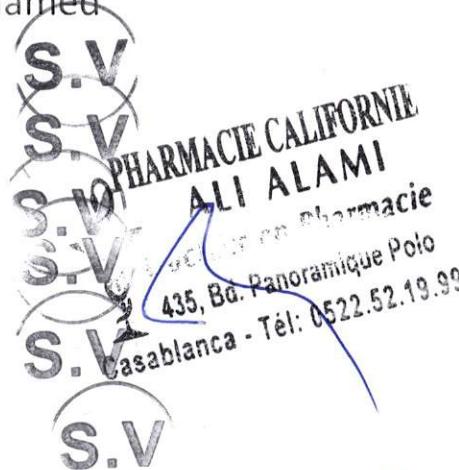
LDnor 10mg 0-0-1

ttt 3 mois

1742,180

bandelettes on call extra

ttt 3 mois



ALT MEDICAL
MATERIEL MEDICAL
Vente en M&S

non valide pour toute vente dans les hôpitaux
84, Rue Salim Cherkaoui Casablanca
Tél: 05 22 20 51 10/06 58 95 71 74

Indication: Docteur en Pharmacie

PHARMACIE CALIFORNIE

ALI ALAMI

Rue Ibn Alnadike Résidence Alnadike appt.N°3 -Gueliz Marrakech -Tel :0524448880

435, Bd. Panoramique Polo

Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

89,00

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

89,00

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

P.P.V: 393,00 DH.
■ Distribué par MSD MAROC.
■ AMM N°: 121/14/DMP/21/NRC

P.P.V: 393,00 DH.
■ Distribué par MSD MAROC.
■ AMM N°: 121/14/DMP/21/NRC

P.P.V: 393,00 DH.
■ Distribué par MSD MAROC.
■ AMM N°: 121/14/DMP/21/NRC

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

50,00

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

50,00

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

LOT : 230053

LOT : 230053

LOT : 230052

EXP : 01/2026

EXP : 01/2026

EXP : 01/2026

PPV : 57,80DH

PPV : 57,80DH

PPV : 57,80DH

ALT MEDICAL sarlvotre partenaire santé

10/05/2023

CLIENT

84, Rue Salim Cherkaoui, Quartier des hopitaux, casablanca

RC: 301495 ; CNSS: 6235627

BANQUE: ATTIJARI WAFABANK; COMPTE N°: 103B000000191

TEL / FAX : (212) 05 22 27 60 31

MOBILE : (212) 06 58 95 71 74

E-mail : alt.medical.sarl@gmail.com

Mr EL KHALIFI Mohamed**FACTURE N°1005/23/F018**

Désignation	Quantité	P.U HT	P.Total HT
BANDELETTES DE GLYCEMIE	1	100,00	100,00
		TOTAL H.T	100,00
		TVA 20 %	20,00
		TOTAL TTC	120,00

Arretée la presente Facture à la somme de : CENT VINGT DIRHAMS TTC.

Signé

ALT MEDICAL
MATERIEL MEDICAL
Vente en Magasin
 non valide pour toute autre transaction
 84, Rue Salim Cherkaoui Quartier des Hopitaux
 Casablanca
 Tél : 05 22 20 51 10/06 58 95 71 74