

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01696	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ASSIL ALLAL			
Date de naissance : 01/06/1956			
Adresse : OLFA Lot ESSAFA N° 44 RABAT			
Tél. : 0661692266	Total des frais engagés :	1098 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	Pr. Fouzia HALI Professeur en Dermatologie Vénérérologie INPE: 091037895
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 12/09 / 23	Age:
Nom et prénom du malade : ASSIL ALLAL	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Dermatoses	
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 : **CPAM** Le : **19/10/23**

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
12/09/2023	1		1400	INP : L... H... Pr. F... Professeur en Dermatologie Vénéréologie INPE : 0910357895

Odeur du Pharmacie ou du Fournisseur

Mme. R.
Lotissement CASABLANCA
Tel : 05 22 95413
12 rue Zoubir
SAINT

~~Pharmaceuticals
Mfrs. KABBI & MARIA
Mysore 560 001 India~~

EXECUTION DES ORDONNANCES

Demande du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mr. KARIM Demande imm. Casablanca Tél : 05 22 95 41 15	16/9/23	239,-
Mr. Zoubir Demande imm. MARIAM	12/9/23	459,00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

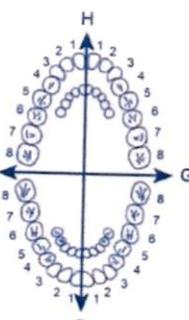
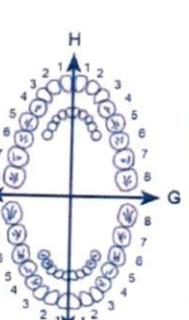
VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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'ONDE

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 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



مَسْكَنَةٌ دَارُ السَّلَامِ
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 14/09/2023

M. ASSIL ALLAL

ug, 26
p) my wdeue pou
joue & chass
chassett

RME® 1%

LOT : 08222013
PER : 09/2027
PPV : 49,00 DH

Flacon de 30 g

M 1 x 15g

58,-

201 Origine uo

law (y) e soin
an

d'un massage léger.
لبي خفيف
LOT : 067
PER : JAN 2026
PPV : 58 DH 00

x 15g

مستعجلات 24/24 URGENCES 24/24

728, Bd Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - CNSS : 6387246 - Patente : 36372350 - IF : 1087352

30) Désinfectant

58,00

LX (Benz)

254,80

h°) Sérum à la vitamine C

Salon

Jahy

254,80

Lam et son

SV

SP

Salon de coiffure

==

~~Pr. Fouzia HALI~~
Professeur en Dermatologie
Vénéréologie
INPE: 091037895

459,80

pharmacie Zoubbi
Rue KABBAB MARIAM
Télé: 05 22 934 190

Lotissement CASABLANCA
Mme. KABBA MIGAIA
Pharmacie Zoubbi
Casablanca
Télé: 05 22 934 190



Casablanca, le 16/09/2023

Dr Assil ALLAL.

239.00

105 oufure comp:

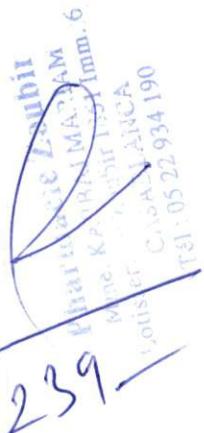


1415 pendat 105.

Ariét 205

S reperdee

X 3 mois



Pr. Fouzia HALI
Professeur en Dermatologie
Vénéréologie
INFE: 091037895

مستعجلات URGENCES 24/24