

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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

197436

Déclaration de Maladie : № S19-0053068

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent(e) 4505

■ Matricule : 4505 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSAFHI JAHAL Date de naissance : 27/02/63

Adresse : LOT L'OCEAN n°1 DAR BOUAZZA

Tél. 0661180073 Total des frais engagés : 392,44 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADIL BEKKALI
Médecine Générale
Echographie Médecine de la femme
Rés Nakhil, Imm 5, Appart 2, El Jadida
Sidi Bernoussi - Echographie
EGSM 0522204545 0522227818

Date de consultation : 17/02/2024
Nom et prénom du malade : ESSAFHI JAHAL Age : 61 ans
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Goutte



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.

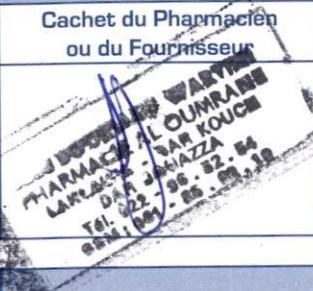
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Centre Allal Ben Abdellah Signature de l'adhérent(e) : ESSAFHI JAHAL Le : 17/02/24

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 Relèvement des Actes
17/2/24		1	150	<p>DR. ABDI BEKKALI Médecine Générale Echographie Médecine de Sport Rés Nabil, Imme 5, Appart 2, 4^{me} étage Sidi Bernoussi - Casablanca GSM: 07 62 76 58 04</p> <p>08/01/2024</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/2/24	242,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

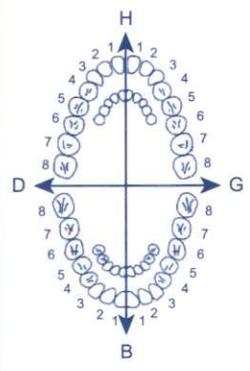
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 PROTHESSES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	

[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

Dr Adil BEKKALI

Diplômé de la faculté de Médecine de Sousse

MEDECINE GENERALE

Diplômé d'Échographie de la Faculté

de Médecine de Montpellier

Diplômé de Médecine de Sport

De la Faculté de Rennes

الدكتور عادل البقالى

خريج كلية الطب بسوسة

الطب العام

حاصل على دبلوم التصوير

بالأمواج فوق الصوتية من كلية مونبلييه

حاصل على دبلوم الطب الرياضي

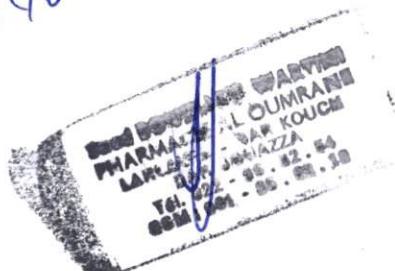
من كلية رين

ESSAFHI JAHAL
Casablanca, le : 17-2-2024

$$40,40 \text{ K.D} = 242,40$$

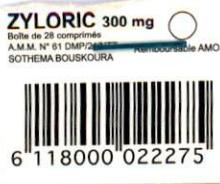
Zy loric 300 mg
100
le m-

242,40



LOT 231796
EXP 05 2027
PPV 40.40 DH

LOT 231796
EXP 05 2027
PPV 40.40 DH



ZYLCORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO

6 118000 022275

ZYLCORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO

6 118000 022275

ZYLCORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO

6 118000 022275

ZYLCORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO

8000 022275

5 الشقة 2 حي

ZYLCORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
Remboursable AMO

6 118000 022275