

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12345</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>WAGDI ISAM</u>			
Date de naissance : <u>16/01/1985</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>061 23 88 76</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. SALMI Safaâ <i>Médecin Généraliste</i> Rés. Rachidi Apt. 12 - 2ème Etage Bouskoura Centre - Tel: 05 22 78 11 59			
Date de consultation : <u>18/09/19</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ESSAM WAGDI</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Bronchite 19 NOV. 2019</u>			
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) :



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
18/09/19	CS		1500H	INP : 0912066423 DR. SALMI Safaâ Médecin Généraliste Rés. Rachidi Apt. 12 - 2ème Etage Rouakoura Centre - Tel.: 05 22 78 11 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>STE PHARMACIE GOLF CITY Centre commercial Ben Aknoun Golf City RDC N°9 - Bouskoura - Casablanca Tél: 0523 88 07 00</i>	18/09/19	3.900,-

ANALYSES - RADIographies

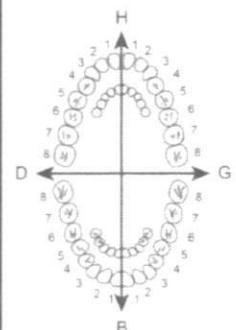
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

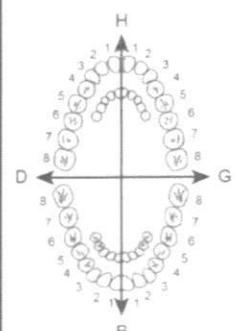
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SAFAA SALMI

Médecin Généraliste

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex Médecin interne à l'hôpital
Moulay Youssef et Sidi Othmane
Agree par le Ministère de Santé
pour le Certificat du Permis de Conduire



الدكتورة صفاء سالمي

طبية عامة

جامعة كلية الطب بالدار البيضاء
طبية داخلية سابقة بمستشفى
مولاي يوسف و سيدى عثمان
مرخصة من طرف وزارة الصحة
الشهادة مرخصة السياقة

Bouskoura le : 18/09/19

Nr ISSam Wagg:

109,00 1) physio me hyper tension
I pulm x 3 (S)

40,00 2) Madilase 75
1 cas a 31

25,00 3) Drill tous pôle
1 cas a 31 j po

Add: kwa mult kri
481j le maki

STEPHARMATIE GOLF CITY
Centre commercial Bouskoura Golf city
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 89 07 09



Dr. SALMI Safaa
Médecin Généraliste

Rés. Rachidi : Appt 12, 2ème étage
en face de la poste et la Gendarmerie
Tél: 0522 78 11 59

إفاهة الرشيدى : رقم 12 الطابق الثاني مركز بوسكورة (أمام البريد و الدرك الملكي)

Tél : 0522 78 11 59 - E-mail : dr.salmisafaa@gmail.com



GOLF CITY
Centre commercial Bouskoura - Casablanca
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 89 07 09

ل ٩٦٥)

Azid 500ج



ل ٤١٠ ج

٥١,٠٠
٦)

Broncôl-Set



ل ٢٥٣٢ ج

١٦١٠٤)

Dolipree ١٩

١٧٠٣١ ج

٢٤٥ ج

Dr. SALMI Safaâ
Médecin Généraliste

Rés. Rachidi Alpe - 12 - 2ème Etage
Bouskoura Centre - Tél.: 05 22 78 11 58

390,٠٠

PPV 79DH70
PER 05/22
LOT 11250



IMPORTED
& DISTRIBUTED BY:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 1st
Maadi - Cairo - EG
Registration n° 156/201

BOTTU SA

PPC : 109 DH 00



3 564300 001039

LOT

EXP:

10003745
2021 04

CETU1064

51,00

PPV:14DH00
PER:04/22
LOT:1904

25,00

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

Drill

Toux sèche
ADULTES
sans sucre

72DH00

09.2020

L 2800501



4 076466 004938

بيوميلاز®
200U.CEIP/ml

40,00

PPV: 20,00