

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2766

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Meassali Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

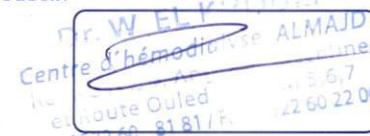
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/12/02

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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
8/11/2020		021C	Groschit	Dr. M. El Khatib Centre d'hémodialyse et de dialyse 8/11/2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/12/2020	255,60

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 :

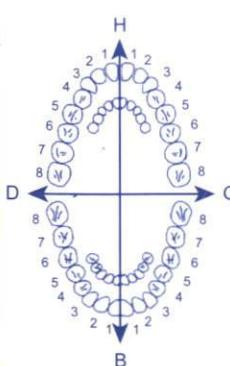
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre de dialyse AL MAJD

DR ELKHOULI . W

Spécialiste en néphrologie
maladie des reins et hémodialyse

Ex-médecin chef du service de dialyse
à l'hôpital Med V Hay Mohammadi, Casa



الدكتورة و. الخولي

اختصاصية في امراض الكلى وتصفية الدم

طبيبة ورئيسة سابقة لمصلحة أمراض الكلى وتصفية الدم
بمستشفى محمد الخامس، العيادة المحمدية، الدار البيضاء

Casablanca le: 8/12/2010
الدار البيضاء في:

INPE : 0910 42 408

25/5/60
18/13/2

Messali Desbazeille



- Vit C 1000
181, - 100

W/30
- Zinostine ou zinc
181, - 5.4

29/2/0
- AZ4X 500mg x

181, le 25/12/2010

1/2 81, 2em au 6^e f

T:7j

PHARMACIE CASABLANCA
Dr. PAUL JALIL (C)
Rue 2 Novembre 146 B
Quartier Al Qods Sidi Bou
Casablanca

Dr. W. EL KHOUSSI
Centre d'hémodialyse ALMAJD
Résidence Al Majd
et Route United Nations
Tél: 0522 60 81 81 - 0522 60 22 00

زاوية ابن تاشفين، اولاد زيان، اقامة المجد قرب المركز التجاري تاشفين

Angle Ibn Tachfin, Ouled ziane, résidence Al Majd M² près de Tachfine centre

Gsm: 06 61 76 36 21 - Tel : 05 22 60 81 81 - Fax : 05 22 60 22 00 - almajdcentrededialyse@gmail.com

ZINASKIN®

PPV 40DH90 EXP 10/2023
LOT 00056 28

Vita C1000®

PPV 15DHX0
EXP 10/2023
LOT 09031 30

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3058

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3058