

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-623829

690 99

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07911 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL BOURY NERYAN

Date de naissance : 24/06/86

Adresse : 9, Rue des Tauterelles

Tél : 0661319284 Total des frais engagés : 1284,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Meriem TOUMI BENELLOUN
RHEUMATOLOGUE
Angle Bd 2 Mars et rue Mohammed VI
App 8 Casablanca Tél: 05 22 83 40 30
E mail: mtoumy@gmail.com

Date de consultation : 06/04/2021

Nom et prénom du malade : Mr EL BOURY

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs articulaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 28/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-623829

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 07911
Nom de l'adhérent(e) : EL BOURY
Total des frais engagés : 1284,30 Dhs
Date de dépôt : 28/04/2021

RELEVÉ 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
06.04.21	CS		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES ARCADES 3, Rue Bismarck, 105 N. 10330 Tél : 65 53 60 31 Fax : 65 22 25 61 47 E-mail : ph-arcades.leso@gmail.com	6/11/21	184.30

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RHUMATOLOGUE Angle de 2 Mars à l'heure d'été Appt : 8 Cousinances Tel: 06-22-82-39-30 E mail: mtoumy@gmail.com	06.04.21	Echographie De la hanche Gauche	500 DH.

[illegible]

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS								
				DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Meriem TOUMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويمي
بنجلون**

**أخصائية في أمراض المفاصل و العظام
والروماتيزم**

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل و أمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

06.04.2021

Mme EL BOURY Meryam

12.80
1 AULCER 20

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

169.00
2 DOLICOX 90

1 à midi, après le repas, pendant 14 jours.

37.00 x 2
3 DUOXOL 500

99.00
2 - 0 - 2 pendant 7 J

4 MAGMINE 300

89.16
1 par jour, pendant 1 mois.

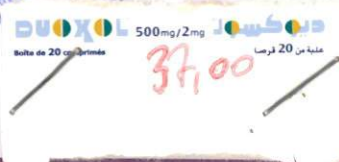
5 ARTIFLEX CREME ROLL-ON

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours. puis au besoin

Dr Meriem TOUMI BENJELLOUN



PHARMACIE LES ARCADES
Dr N. KISSI
3, Rue Roussel, Rte d'El Jadida, Casablanca
Tél: 05 22 26 53 31 - Fax: 05 22 26 61 67
E-mail: ph.arcades.casa@gmail.com



PRV: 169DH00
PER: 12/23
LOT: J3306-12

Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2ème étage N° 8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - CASABLANCA

زاوية زنقة أمستردام وشارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél.: 0522 83 30 30 - E-mail : mtouimy@gmail.com

ARTIFLEX®
ROLL-ON



6 111255 810338

*Soin Naturel de Confort
des Articulations et des Muscles*

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie musculo-squelettique (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



**الدكتورة مريم تويمي
بنجلون**

- اختصاصية في أمراض المفاصل و العظام والروماتيزم
- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

Casablanca, le 6 Avril 2021

Mme EL BOURY Meryam

Echographie de la hanche gh

**ABSENCE D EPANCHEMENT ARTICULAIRE
PRESENCE D UNE TENDINOPATHIE DU MOYEN FESSIER GH
PETITE BURSITE TROCHANTERIENNE GH
PAS D ANOMALIES DES AUTRES TENDONS**

AU TOTAL

TENDINOPATHIE DU MOYEN FESSIER GH

