

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ntaire :

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.

## ladie 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 caractére 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043990

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

**22959**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1584**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TADLI ABDEL SALIL**

Date de naissance : **24-09-1953**

Adresse : **CALIFORNIA GOLF RESORT Imm. 21 B. App. E**

Boos Koura ESSARLANCA

Tél. : **06.61.45.06.15** Total des frais engagés : **16.16,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Y. El Gueddar**  
Maladies Allergiques  
Médecine du Sport  
5, Rue Tabariya - Rabat  
Tél. : 05 37 70 16 97

Date de consultation : **25 FEV. 2020**

Nom et prénom du malade : **TADLI Abdeljalil** Age : **24/09/1953**

Lien de parenté :  **Lui-même**

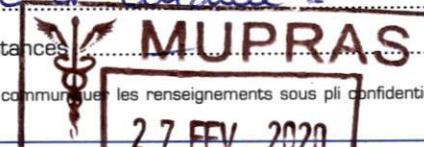
Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Asthme ORL et Pataux**

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **J. L. L.**

## 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
25 FEV 2020	C		# 300,00 Dhs	Docteur Y. El Gueta Maladies Allergiques Médecine du Sport 5, Rue Tabariya Rabat Tel: 05 37 70 16 97

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL DRABA	25/2/2020	1316,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES	D	G	H	B
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
			[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'EXEC

# Dr. Youness EL Gueddari

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy  
IMMUNO - ALLERGOLOGIE

(Asthme - Rhume - Eczémas)

Membre de la société Française  
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

C.E.S DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE  
DU SPORT

6 118001 160181

6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

6 118001 160181

74773/310314-1

74773/310314-1

SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 206DMP/21/NCI

Rabat, le ..... 25 FEV. 2020 ..... الرباط، في

27/1.5

TAOLI Abdeljalil

1) Levalbuterol sp (28) 90.00 X 3 (36)  
921.00 (0.0.1) 3000  
2) Singulair 10mg sp (28) 307.00 X 3 (36)  
75.00 (0.0.1) 3000 75.00 (15)  
3) Broncholite sp (1.0-1) 5 à 10g (60)  
4) Neutrophine Spray 23 AL (15)  
5) lotepred 200ug Effexor (3.0.0) 5 (15)  
6) Brufen 500mg (13.0.6.0) 13/6.0

Dr. Youness EL Gueddari  
Maladies Allergiques  
Médecine du Sport  
Rue Tabariya - Rabat  
Tél: 0537 701 697

5، زنقة طبرية، الطابق 1 خلف سينما الملكي - الرباط - الهاتف / الفاكس: +212 537 701 697

5, Rue TABARIYA, N° 3, 1er étage (Derrière Cinéma Royal) - Rabat Centre - Tél/fax : +212 537 701 697