

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Maladie :

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

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° S19-0003520

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23703**

Matricule : **8708** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **ALAMI Abdellah** Date de naissance : **18/06/64**

Adresse : **61 Bd Moulay El Bacha 1er**

Tél. : **0661238490** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Malika AJBAEDI
DERMATO - VENEREOLOGUE
122, Avenue 2 Mars
Angle Bd. Moulay El Bacha 1er
CASA - Tél. : 0522 86 17 03

Date de consultation : **29/01/2020** **04 Mars 2020**

Nom et prénom du malade : **Alami Hibet** Age : **55**

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

Nature de la maladie : **Chute chaudière Acute**

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 : **DSD** Le : **29/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
29.1.20	C2		250.00	<p>Dr. Malika AJBAEDI DERMATO - VENERELOGUE 122. Avenue Mars Angle Bd. Moulay Idriss 1er CASA - Tél: 0522 86 17 03</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE ABOU SOULAIMANE GHIZANE LARABI 4, Bd. Abou Soulaïmane F. K. J. Labi Casablanca - Tél: 0522 82 90 44</p>		292.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

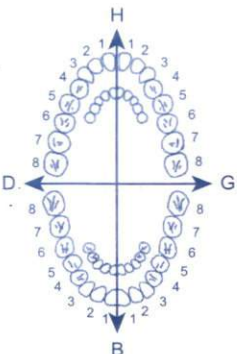
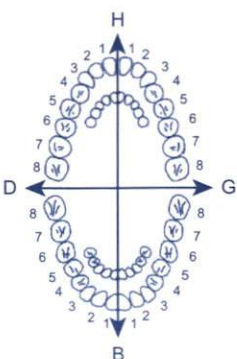
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr></table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur Malika AJBABDI

DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE

Spécialiste des Maladies de Peau

des Ongles du Cuir Chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Cosmétologie



الدكتورة مليكة أجبابدي

إختصاصية في الأمراض الجلدية

الجلد الأظافر

الشعر والأمراض التناسلية

الطب التجميلي

Casablanca, le : 10.04.20

ALAN Dik

1 ferplex flacon
60,00 x 3

1 flacon - pot 1 mes

" D cure
66,30 x 2

2000

1 ap / p au pot 2 mes

" Rebocate SPF 10

1 app / l

292.60

FERPLEX[®] 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables

FERPLEX[®] 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables

FERPLEX[®] 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

PPV :
LOT : 56,30 DH
19F05/B
EXP : 06/2021

D-CURE[®] AMPOULE

6 118001 320080

PPV :
LOT : 56,30 DH
19F05/B
EXP : 06/2021

D-CURE[®] AMPOULE

6 118001 320080

Dr. Malika AJBABDI
DERMATO - VENEREOLOGUE
122, Avenue 2 Mars
Moulay Idriss 1er
0522 86 17 03

05 22 86 17 03 : الهاتف : الدار البيضاء أنفا - الطابق الثاني - إقامة نصر الله - شارع 2 مارس - 122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1^{er} 2ème étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03