

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 orthodontique, 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.

MUPRAS : Centre Aïlal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-464916

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **21,225**

Matricule : **9232** Société : **RAT**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **VASSIBE MERIENE**

Date de naissance : **10/05/1966**

Adresse :

Tél. : **0522 91 23 27** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MAJID EL ALAMI
أ. ش. د. عبد الله الصنهاجي في الطب 3 - الدار البيضاء
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Anouar III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 78

Cachet du médecin :

Date de consultation : **07/03/20**

Nom et prénom du malade : **M. Vassibe Meriene** Age :

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

Nature de la maladie : **Diabète + Arthralgie**

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** Le : **07/03/20**

Signature de l'adhérent(e) :

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
07-32	CS		150,00	INF : 09046857 Dr. MAUD EL AMI 31 شارع 31 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/03/2020	462.40

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

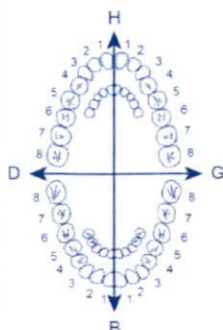
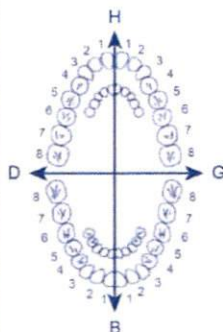
[illegible]

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			
	D 25533412 0000000 0000000 35533411 H 21433552 0000000 0000000 11433553 G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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 MAJD EL ALAMI

Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)
D.U. Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypertension - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد العلمي

الطب العام

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات (فرنسا)
شهادة جامعية في الحماية وأمراض التغذية
(السكري - السمنة - الكوليسترول)

الدار البيضاء، في : 07/03/20

63,20

63,20

63,20 x 2

Mr FASSIRÉ Nemele,

Zynec, 1 cp / 5 J de 3 mois

136,40

Nosorex,

2 pvl / 5

14,00 x 3

Daktacort 1000 (M23)

78,90 x 2

1 cp / 8 J
Feldene forte

462,40

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

PPV: 14DH00

PEPPV: 14DH00

LOT: 12589

PER: 11/22

LOT: 12589

LOT N°
UT. AV 744520
07/2022
UT. AV 9441
05/2024
P.P.V: 780H90
P.P.V: 780H90

DR. MAJD EL ALAMI
31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal III - Casablanca
Tél. : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal III - Casablanca
Tél. : Cabinet : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76