

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 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 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° P19-0048225 / 1788

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société : 146344

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUHANE EL Mostafa

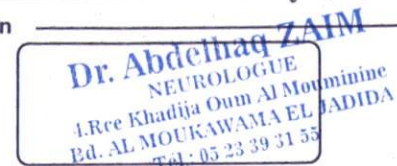
Date de naissance : 12-10-1950

Adresse : 118 Route d'El Jadida

Tél. : 0663017862 Total des frais engagés : Trois mille quatre cent francs six dinars 20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 JAN 2023

Nom et prénom du malade : HOUHANE EL Mostafa Age :

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

Nature de la maladie : Affection neurologique

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 : Casablanca Le : 4 / 1 / 2023

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
			250 D11	Dr. Abdelhak ZAHED NEPHROLOGUE 4.Rue Khadja Oum Al Mounnine Bd. AL MOUKAWAMA EL JADIDA Tél: 05 23 39 31 53

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. Omar EL KHALFI 83, Av. Mod Errafil EL JADIDA Tél: 023 34 10 96	4/1/23	3186,20

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 :

Veillez 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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																
			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'EXECUTION

CABINET MEDICAL DE NEUROLOGIE

Dr Abdelhaq ZAIM
NEUROLOGUE

Maladies du Système Nerveux
Musculaire et Epilèpsie
Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (ENMG)

الدكتور عبد الحق زعيم

أخصائي في أمراض
الجهاز العصبي العضلي والعمود الفقري
الصرع
التشخيص الكهربائي للدماغ
التشخيص الكهربائي للأعصاب والعضلات

El Jadida, le :

الجديدة، في

04 JAN 2023

HOMNAME

CL. MOSTAFA

11 506,00 x 6 10
150,20 191.
3186,20 ALMANIN 10
19.

Dr. Abdelhaq ZAIM
NEUROLOGUE

4.Rue Khadija Oum Al Mouminine
Bd. AL MOUKAWAMA EL JADIDA
Tél: 05 23 39 31 55

PHARMACIE EL FATHI
Dr. Omar EL FATHI
83, Av. Med Errafil EL JADIDA
Tél: 023 34 10 96

48 06 MOW

Rendez-Vous le :

04/07/2023

الموعد في :

06 95 08 69 33 : المحمول - 05 23 39 31 55 : الهاتف - الجديدة - 4 - إقامة المؤمنين شارع المقاومة رقم 4 - EL JADIDA - Tél: 05 23 39 31 55 - GSM: 06 95 08 69 33
Résidence Khadija Oum almouminine Av. Al Moukawama N°4, EL JADIDA - Tél: 05 23 39 31 55 - GSM: 06 95 08 69 33

DonépéziL.....10mg.
(sous forme de chlorhydrate).
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: lactose
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**
A conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

Composition:

DonépéziL.....10mg.
(sous forme de chlorhydrate).
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: lactose
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**
A conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

Composition:

DonépéziL.....10mg.
(sous forme de chlorhydrate).
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: lactose
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**
A conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

Composition:

DonépéziL.....10mg.
(sous forme de chlorhydrate).
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: lactose
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**
A conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

Composition:

DonépéziL.....10mg.
(sous forme de chlorhydrate).
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire: lactose
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**
A conserver à une température inférieure à 25°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.