

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

- 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2200 Société : OTTEITE

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DAFALI MOULAY HACHEM

Date de naissance : 1 - 1 - 1951

Adresse : DAR B TABILE Rue 13 N° 52

Tél. : 06 64 06 96 71 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MAJDEL ALAMI شارع عبد الله الصهريji 31 - الدار البيضاء 31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

Date de consultation : 10/03/2019

Nom et prénom du malade : Dr. J. Pali Letta Zaine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dr. J. Pali Letta Zaine

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet attester
110328	CS		200,00	Dr. 31,80 Tél:
110328	Cle.		gretin	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: a vertical arrow at the top points upwards, a horizontal arrow on the left points to the left, and a vertical arrow at the bottom points downwards. The teeth are represented by circles with numbers, and the arches are shown as arcs connecting the teeth.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR MAJD EL ALAMI

Médecine Générale

الدكتور مجد العلمي

الطب العام

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U Diététique et Maladies de la Nutrition
(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا
شهاد جامعية في الحمية وأمراض التغذية
السكري السمنة الكوليستروول

الدار البيضاء في: ٢٠١٦/٥/٢
Casablanca, le :

16/03/23

الدار البيضاء في:

Mr. Jafali Lalla Zahra

Novomix 30 flex pen

55 g. — 38 vi matin | nm ab 3 mois
x2 26 vi pm |

Aiguilles Monofine 8 mm
1 boîte

Mo's
x2 Del Norte - 1000 (N:2)

Pharmacie Nationale
BLAÎNC
DIOUR
Casablanca
Bd. El Fida - 072.28.12.96
2005

25.0 Alyse 75ug

rip mat
rip pen

1401-0

31 شارع عمه العبد الصنف
094065557 Nce: 0018563600000
maudetelami@menara.ma

31 - شارع محمد بن عبد الله المصطفى - حي الأمثل - الطابق الأول - الدار البيضاء
 31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1er Etage - Casablanca - INPE: 091056557 / Mc: 001856360000023

8-9674-73-270-2

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



6 118001 121298



Lot.: 22-L 358
Exp.: 08.2025
PPV: 255DH00



valable 3 mois

16/03/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. MAJD EL ALAMI (à adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigne : 31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Alami III - Casablanca Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76	
Certifie que Mlle, Mme, M. : DAFALI Lotte Zohra	
Présente : <u>Urg. DSD</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée de : <u>à vie</u>	
Dont ci-joint ordonnance : <u>voir ordonnance</u>	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Benhima) - Casablanca

Dr. MAJD EL ALAMI
31 شارع عبد الله السنحaji
الباب 3 - الدار البيضاء
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Alami III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76