

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0006078

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05355 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : *Commune*

Nom & Prénom : RACHID AZEDDINE

Date de naissance : 03-04-1957

Adresse : Habituelle

Tél. : 066791155 Total des frais engagés : 250,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *DR. DOUNIA CHELLAB CARDIOLOGUE 332, Résidence Mohammed, 3ème étage bd Mohamed 5, lot Nasro Allah - Bureau N° 15 Berrechid, Tél : 0522516985 / 0673896475*

Date de consultation : 20/03/2023

Nom et prénom du malade : MOUTCHINE Amina Age : 58

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

Nature de la maladie : *maladie chronique*

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 : Berrechid Le : 06/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-06078

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 05355

Nom de l'adhérent(e) : RACHID

Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Date de dépôt : 06.04.2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
20/03/2023	CS - EEG	26	26 000	<p><b>DR. DOUNIA GHELLAB</b>  <b>CARDIOLOGUE</b>            332, Résidence Mohammed 5, 3ème étage            Mohamed 5, 1er Nasro Allah - Bureau N° 15            Tél : 0522516985 / 0673396475</p>

DR. DOUNIA GHELLAB  
CARDIOLOGUE  
332, Résidence Mohammed, 3ème étage  
bd Mohamed 5, lot Nasro Allah - Bureau N° 15  
Tchichid, Tél : 0522516985 / 0673396475

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

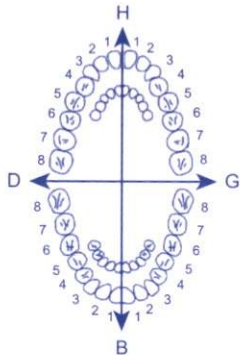
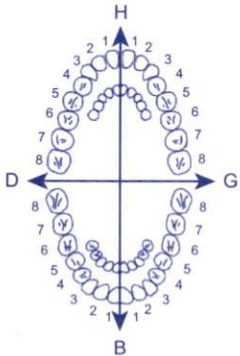
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b>    <b>G</b>  <hr style="width: 100%;"/>                     00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**H**

25533412 00000000	21433552 00000000
00000000 35533411	00000000 11433553

**B**

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

**[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

MLE. 05355

Dr. Dounia GHELLAB

الدكتورة دنيا غلاب

- Diplômée en cardiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en échocardiographie de la faculté de Bordeaux (Segalen II)
- Ancienne interne à l'hôpital la Timone de Marseille



- اختصاصية في أمراض القلب  
- خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

- حائزة على دبلوم فحص القلب بالصدى  
بكلية بوردو 2

- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بمارسييا

6 20 / 03 / 2023  
ne moutcine AMINA

Neoung BG 200g  
Helly de son

Welt wj

DR. DOUNIA GHELLAB  
CARDIOLOGUE

332, Résidence Mohammed, 3ème étage  
bd Mohamed 5, lot Nasro Allah - Bureau N° 15  
Berrechid, Tél : 0522516985 / 0673396475

22. شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور، مكتب رقم 8، الدار البيضاء.

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N° 8, CASABLANCA

Tél : 05 22 98 78 52 - Email : Douniaghellab@gmail.com



Last: Mouhcine  
First: Amina  
ID:  
DOB:  
Age:  
Sex:

20-Mar-2023 13:40:48

Fréq. Card.: 78 BPM  
Int PR: 187 ms  
Dur. QRS: 89 ms  
QT/QTc: 364 / 397 ms  
Axes P-R-T: 35 -19 32

TA = 140/80  
140

