

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

AS6597

Déclaration de Maladie : N° S19-0003274

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13289

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MANSOURI Yassine

Date de naissance : 18/11/1986

Adresse : Res. Anajd Imm.13 apt.142 cité plateau CASA

Tél. : 0600779669 Total des frais engagés : 446.46 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUTALEB Med. Kamal
Omnipraticien
du Travail - Expert Médical
Médecin
Angl. Bd
Bir Anzarane et Rue Ibnou Chahid
Face M'dina Bus Maârif - CABALANCA
Tél: 05 22 23 85 26 05 26 12 12 42

Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : MANSOURI Yassine Age : 36

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : 28/03/2023

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

RELEVE 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
22/05/2023	C		200	Dr. J. B. Med. KANTH Spécialiste en Radiologie Médicale Chandigarh - 160014 Signature : Dr. J. B. MEDICAL KANTH Date : 26/05/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'AF Dr. Slimane Slimane es. Annajd - Bd Anwal - Cite Pharaou CASA 61. 05 22 98 97 63 - Fax : 05 22 99 66 11	21.03.23	246,40 - 002701452

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.

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
					MONTANTS DES SOINS 												
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS 												
					DATE DE L'EXECUTION 												

OMNIPRATICIEN

Expert auprès des Tribunaux

Diplômé en Médecine du travail

Agrée pour établir les certificats du permis de conduire

face dépôt des bus (Tac) - Maârif - Casablanca

Tél.: 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

CASABLANCA

الطب العام

خبير لدى المحاكم

إختصاصي في طب الشغل

معتمد لإنجاز شهادة رخص السيارة

زاوية شارع بيرأنزران و زنقة ابن شهيد

أمام حافلات النقل (طاك) - المعالييف - الطابق 2

الهاتف : 05 22 23 85 26 / 05 26 12 12 42

الدار البيضاء

Casablanca, le :

22 MARS 2023

Q - DANSOURI Deyan

93,00

1) Levamox 71mg

1 sachet x 1

10,30

+ 61

2) Doliprane 500 mg

1 v 2 = 6x1,50

34,70

3) Pectryl 500 mg

2 cal

94,00

4) strimex

14,40 2 = 3 x 1

5) Doliprane 1000 mg

246,40 1 mg la J

PPV 93DH00

LEVAMOX 1g/125 mg
Poudre pour suspension
bouvable en sachet
12 SACHETS

6 118000 032922

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMES SECABLES

6 118000 040221

PPV: 10DH30
PER: 09/25
LOT: L3201

PECTRYL®
SIROP 250 ml

PPV 34DH70

6 118000 031901

3 331300 097214 >

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc
www.biocodex.ma
P.P.C 94,00 mm

3488
021/12

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 SUPPOSITOIRES

6 118000 040323