

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.

M22- 0035149

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349

Société :

R.A.M. 177326

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZouAFI ELMAOSTAFA

Date de naissance :

27/09/1958

Adresse :

La même

Tél. :

06 58 60 78 64

Total des frais engagés :

.Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MAJD EL ALAMI

Cachet du médecin

دكتور ماجد العلامة
Dr. MAJD EL ALAMI
مجمع العالمة العلامة
31 Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 9 / GSM : 06 61 78 93 16

Date de consultation :

19/09/2019

Age:

Nom et prénom du malade :

Mme Habib fahima

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Polydysponsie Varices Herniause

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 : Casablanca

Le : 02/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/09/23	CS		200 (00)	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/09/23	Dr. Abd El Ala - Montant de la Facture 19/09/23 683,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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			
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 B 00000000	G 00000000 B 11433553		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

DOCTEUR MAJD EL ALAMI

Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد العلّامي

الطب العام

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

Casablanca, le :

190923

الدار البيضاء في:

M- fahib fahim.

Bokeidine rouge

39,70x2 Bokeidine crème

201,00x2 Dafon 1000

116,40 Flexam 500g

85,80 Naproxen 500mg

683,63

صيادلة دار الكبیر
Mme. Soueid SAIDI
Docteur en Pharmacie
262, Rue La Croix Lot. Ouled Ziane
Tél: 05 22 80 41 69 - Casablanca

15

12

10

5

الدكتور مجد العلّامي
Dr. MAJD EL ALAMI

31 Bd Abdellah Senhaji Hay El Amal 3^{er} Etage
Tél: 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

صيادلة دار الكبیر
Pharmacie Darb El Kâbir sart au
Mme. Soueid SAIDI
Docteur en Pharmacie
262, Rue La Croix Lot. Ouled Ziane
Tél: 05 22 80 41 69 - Casablanca

31 ، شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل - الطابق الأول - الدار البيضاء
31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1er Etage - Casablanca - INPE: 091046557 - Ice: 001856360000023
Tél. : Cabinet : 05 22 28 34 19 - Gsm : 06 61 78 93 76 - Email : majdelalam@menara.ma

Fucidine® 2%
Acide fusidique

أنبوب من 15 غ

39,70

2%
5 g

39,70

PPV 116DH40
LOT 320132
EXP 03/2025

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

PPV 85DH30
LOT 2N0193
EXP 05/2025

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

16 gélules Voie orale

daflon® 1000 mg

30 comprimés pelliculés

6 118 000 100393

LOT 353025
EXP 03/2025
PPV201BH00

PPV201BH00

201,00 ⌂
x 2 Ged