

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.

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° W21-825986

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 8392 Société : Ex RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL MACHAT Naja

Date de naissance : 18/04/2024

Adresse :

Tél. : 066 4009732 Total des frais engagés : 907,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/24

Nom et prénom du malade : EL MACHAT Naja

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

Nature de la maladie : Douleur Arthralgie

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 : 18/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

E. K.

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
23.01.84	Cs		300 DM	INP: [Signature] RHMATISME Angé Bô 2 Mars et rue Amédée Elg Angé 8 - Gabon Tél: 0522 63 30 30 Email: [Email]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>العراق Pharmacie EL IRAKI Dr. Youssif EL IRAKI RUE D'ALGER 32.83.45</p>	<p>23/01/24</p>	<p>60780</p>

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient

DNP : _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

	DATE DE L'EXECUTION
--	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie



الدكتورة مريم توييم
بنجلون

أخصائية في أمراض المفاصل والعظام والروماتيزم

- الفحص بالصدى (باريس)
- أمراض هشاشة العظام (باريس)
- التهاب المفاصل وأمراض الطب الباطني (باريس)
- العلاج بالأدوية البيولوجية

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g

LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH

REUMADEP® Capsules
Contenu 16,35 g

LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH

23.01.2024

Mme EL MDAGHRI Najat

LOT:
PER:
PPC: 149,50 DH

W04
01/2

1 REUMADEP

1 le matin et le soir, pendant 1 mois. PUIS 1/J X 2MOIS

2 FLEXOPLEGE CREME

1 le matin et le soir, pendant 20 jours. LEGER MASSAGE

3 DUORELAX

2 le matin et le soir, pendant 7 jours.

Lot : CHY81
EXP : 06/25
PPC : 79,80 DH

LOT : CA370
EXP : 10/26
PPC : 79.50DH

Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN

صيدلية العراق
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Youssef EL IRAKI
267, Rue DAKHLA BERRECHID
TEL : 0522.83.45

Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMSTERDAM, 2^{ème} étage - Appt N°8 (Au dessus de McDonald's 2 Mars) - Casablanca

زاوية زنقة أمستردام وشمارع 2 مارس، الطابق الثاني رقم 8 (فوق ماكدونالدز 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com