

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 canaux, 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 canaux.

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

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 - 5ème 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



ND° = 20078

Déclaration de Maladie : N° P19- 0000033

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11054 Société : R.A.17
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HABIB-ALLAH MEHDI Date de naissance : 01/06/75
Adresse : ACCRA - GHANA
Tél. : 06 99 90 88 38 Total des frais engagés : 250 + 100 = 350 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

DR. SOUAD ZEROUAL
RHEUMATOLOGUE
Av Hassan II, Résidence
Valid "C": Appl 2 (Imm Mobile)
Mohammed - Tél : 05 23 00 07 21

Date de consultation : 20 / Nov / 2019
Nom et prénom du malade : HABIB ALLAH Mehdi Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Aff. Rhumatisme
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 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* Le : 06/10/2019

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
20/11/2019	Q		250 DH	Dr SOUAD ZEROUAL Dentiste "Solid' C". Appt 2 (Imm. Mobilia) Mohammedia - Tél : 05 23 30 07 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DU PONT NEUF 2, rue du Pont Neuf - 75001 Paris Tél : 01 42 33 06 50 - Fax : 01 42 33 64 20 Mail : pharmapontneuf@orange.fr 75 2 04 23 72 19 55	21/12/2019	222,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

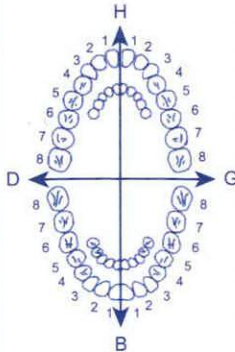
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

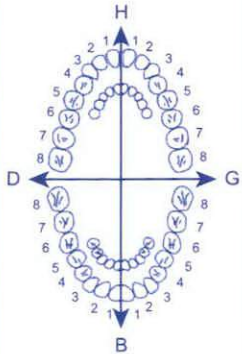
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						<input type="text"/>
						MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION	
						<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

BECIDOUZE® 20 dragées

BECIDOUZE® 20 dragées

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 08/2022
LOT 93003 2

PPV 35DH10

EXP 08/2022
LOT 93003 2

PPV 35DH10

EXP 08/2022
LOT 93003 2

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

Maladies des Muscles et de la Colonne Vertébrale

Ancienne Attachée associée des Hôpitaux de France

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في الروماتيزم
أمراض العظام و المفاصل و العضلات
أمراض العمود الفقري
طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا
* بالموعد *

* Sur Rendez-vous *

Mohammedia, le : 20/11/2019 : المحمدية، في :

Mr- HABIB ALAH Mehdi

Pharmacie EL HAMOULILIA
Dr. ZAIDI Hafida
Lot Anassart N°123
Dar el-Quazza - Casablanca
Tél: 05 22 29 09 49

Atepadene X

Sep 3/j x 2mai

Carbonyl 5mg

22,80

Sep 3/j x 2mai

3511073 / 105130 Sep 3/j x 20j

Becidouze

Sep 3/j x 2mai

mydoflex

Sep 3/j



Voie orale

PHARMACIE DE LA BIBLIOTHEQUE

Mme WIRTH

75 2 03384 5

19 Rue Olivier Messiaen

75013 PARIS

Tel: 0145839553

Ordonnance: 20/11/19

Delivrance: 06/12/19

Vendeur: ET

Facture no : 418490

Malade : HABIB ALLAH

135983 Mehdi

Medecin: MEDECIN 75

751999996

ATEPADENE® 30mg
Adénosine triphosphate

30 Gélules

LABORATOIRE X.O

Qte---P.unit-Cip-----Designation-----Base---Hon.--taux---Ordo---

1 9,20 3400922031507 ATEPADENE 30MG TUBE GELULE 30

9,20 0,00 0%

TOTAL GENERAL: 9,20 TOTAL ASSURE: 9,20

TOTAL R.O.:

TOTAL R.C.:

COPIE CONFORME A L'ORIGINAL

ATEPADENE® 30mg
Adénosine triphosphate

30 Gélules

LABORATOIRE X.O