

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.

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° P19-0008748

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **20809**

Matricule : **AGOUNI El Mostafa** Société : **RAT (Retraite)**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **AGOUNI El Mostafa** Date de naissance : **(2005) 1951**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **0686 9688 76** Total des frais engagés : **857,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **AGOUNI El Mostafa** Age :

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

Nature de la maladie : **Affect répétée**

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 : **02/01/2020**

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0008748

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
02/01/20	C	1	250.00	

Docteur CHAKIB HANZA
Allergologie
124, Bd. El Khold - Ain Chock
Casablanca - Tél: 02252.51.34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Docteur Chakib HAJJI

Diplômé en Allergologie et Immunologie Clinique
(Faculté de Médecine de Limoges)
Ex. Médecin Attaché au CHU de Tours

MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah
Aïn Chock - Casablanca
Tél : 0522 52 51 34

الدكتور شاكيب حاجي

دبلوم أمراض الحساسية و المناعة
كلية الطب بليموج
طبيب سابقا بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض الحساسية

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله
عين الشق - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 52 51 34

Casablanca, le 02/01/20 في الدار البيضاء.

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou el souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

100µg par dose Pdes p. inh
Flacon de 120 doses
103/14 DMP/21NRQ P.P.V. : 243,00 DH
6 118001 020928

AGHOUNI EL MOSTAFA

243.00 x 2

ICE :

002193518000013

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou el souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

100µg par dose Pdes p. inh
Flacon de 120 doses
103/14 DMP/21NRQ P.P.V. : 243,00 DH
6 118001 020928

Symbicort 160/4.5

1 inhal 2x/j 1 fois

1 inhal 2x/j 2 fois

115.00

AVANYS : 1 inhal 1x/j 2 fois

601.00



STEPHARMACIE HAMZA
Café
Tél : 0522 52 51 34
Casablanca

Docteur CHAKIB HAJJI
Allergologie
124, Bd. El Khalil - Aïn Chock
Casablanca - Tel : 022 52 51 34