

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 - 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- 0023191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22914**

Matricule : **790** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **AMRANI My Issa** Date de naissance : **1948**
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **PROFESSEUR AMRANI F. Neurochirurgie 45 Avenue 2 Mars Résidence les Roseaux 1er Etage Casablanca - Tél: 05 22 26 58 11 06 62 13 12 48**
 Date de consultation : **29/10/2019**
 Nom et prénom du malade : **AMRANI My Issa** Age: **71**
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint(e) ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Affecte**
 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 : **26 / 10 / 19**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
29/11/19	C3		5

PROFESSEUR AMBANI. F
 Neurochirurgien
 49 Avenue 2 Mars Résidence les Acacias
 1er Etage - Casablanca - Tél: 0522 26 58 01
 0522 27 11 64 - 06 62 19 12 48

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZHAR 135, Boulevard Mohammed VI Casablanca - Tél: 0522 215 965 INP: 09/003896	29.11.19	4049,20

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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'OD

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX 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

Professeur AMRANI Fouad

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage
(à côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca
Tél: 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض وجراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

الكبار والصغار

49, شارع 2 مارس الطابق الأول
(قرب ثانوية محمد الخامس و Snack pomme de pain) الدار البيضاء
الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

r Rendez-vous

Casablanca, Le 29/11/2019 في الدار البيضاء

M^{me} AMRANI Idrissi My Issa

268.00x2 - ARCOXIA 90

487.00x6 - Lyrica 75

30.00x6 - Myantalgic

148.00x2 - EZEAL 20

28.80x4 - Vilansril F

4049.20

Laboratoires Pfizer S.A. M
P.P.V: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Ma
P.P.V: 487DH00

Laboratoires Pfizer S.A. Marc
P.P.V: 487DH00

PPV: 148DH30
PER: 08/21
LOT: 12324-1

PPV: 148DH30
PER: 08/21
LOT: 12324-1

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

E-mail: amrani@neurochirurgien-amrani-i

En cas d'urgence: 05 22 86 02 07 / 06 25 14 93 25 05 26 58 01

amrani-maroc.com