

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

# ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061383

61151

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1061 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : LAJOURI Mohamed

Date de naissance : 01.02.1949

Adresse : Yem Adil

Tél : 0666405005 Total des frais engagés : ..... Dhs



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR EL AOUADI AMINA Rhumatologue

Date de consultation : 01/02/2021 N YOUSSEF AGAME

Nom et prénom du malade : N LAJOURI RACHIDA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : talalogue

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 : 28/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : .....

### 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.

### Biologie 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

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.

### 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
01/04/2011	G		300017	
10/04/2011	S		Autide	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/11	281050
	15/02/11	2381050

### 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	

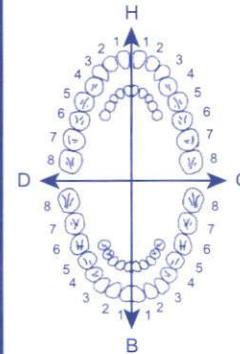
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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

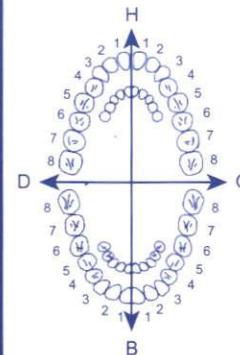


### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT 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

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1<sup>er</sup>

47, Rue Abou Soufiane 1<sup>er</sup> étage  
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)  
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

الدكتورة أمينة العوادي

اختصاصية في أمراض الروماتيزم و المفاصل

محج الحسن الأول

47، زنقة أبو سفيان الطابق الأول  
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)  
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 08/02/2024 في الدار البيضاء.

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

Epoux LAJOUNI

53,10

1/ RELAXOL

(NS)

1 cp le matin au milieu du

repas. et 1 cp le soir

30,00

2/ MYANTALGEC

(NS)

1 cp le soir au coucher

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
CIL - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.69

3)

Application / Tampon

LOT : 20E078  
RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
P.P.V : 53DH 10  
PER : 06 2023  
6 118000 860833

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés  
PPV 30DH00  
EXP 07/2022  
LOT 9N032 2

LOT : 201343  
UT AV : 09/2023  
PPV : 99,00DH

LOT : 201052  
UT AV : 07/2023  
PPV : 99,00DH

Dr. EL AOUADI  
47, Rue Abou Soufiane  
Tel: 05 22 49 13 80

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1<sup>er</sup>

47, Rue Abou Soufiane 1<sup>er</sup> étage  
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)  
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

الدكتورة أمينة العوادي

اختصاصية في أمراض الروماتيزم و المفاصل

محج الحسن الأول

47، زنقة أبو سفيان الطابق الأول  
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)  
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 27 02 2024  
PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
C.I.L. - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.99

الدار البيضاء، في

YOUSSE NGHARÉ RACHÉDA

Epur LATOUNE

7950 x3

1) D3NORA gouttes (15)

30 gouttes 15. travail à 03 mois

pres pres à

10 gouttes 15. travail à 02 mois

23850

PHARMACIE LA SOURCE  
Dr. EL MOUMNI MOUNA  
6-7 Rue Ain Asserdoune  
C.I.L. - Casablanca  
Tél: 05.22.36.24.85 / 05.22.36.26.99

Dr EL AOUADI AMINA  
Rhumatologue  
47, Rue Abou Soufiane Casa  
Tél: 0522 49 13 80

Lot: 200606  
A consommer avant le: 10/2023  
PPC: 79,50 DH

Lot: 200683  
A consommer avant le: 11/2023  
PPC: 79,50 DH

Lot: 200683  
A consommer avant le: 11/2023  
PPC: 79,50 DH