

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

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-580513

64017

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8969 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL FATHI LALAOUI 47 AN M. M. D.
 Date de naissance : 26.09.72
 Adresse : R. Médina, D. D, n° 14, Sidi Maârouf
 CATA
 Tél. : 0661 26 76 29 Total des frais engagés : 1039,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Maria Zidani Fathallah
 100, rue Hassan II, Casablanca
 Tel: 05 22 93 18 88

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL FATHI LALAOUI Ned Bader
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinite allergique
 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 Le : 06/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-580513

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 : 8969
 Nom de l'adhérent(e) : EL FATHI LALAOUI
 Total des frais engagés : 1039,30
 Date de dépôt : 06.10.21

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Victoria Parc Docteur Hanane SAMALLI Lot. Annasr S11 IOC M3 Victoria city Bouskoura - Tél.: 05 22 32 07 01	20-02-21	839,30

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

[illegible]

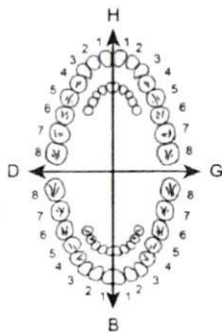
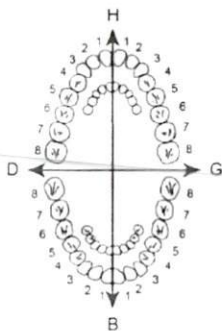
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Maria Zidani Fathallah
PEDIATRE

Spécialiste des Maladies de l'Enfant
du Nourrisson et du Nouveau-né
Diplômé de la Faculté de Médecine de Casa
Ancienne Pédiatre au CHU Ibn Rochd et à l'hôpital
Mohamed Sekkat Ain Chock



الدكتورة مريم زيداني فتح الله

إختصاصية في أمراض الطفل و الرضيع
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بمستشفى الأطفال ابن رشد
و مستشفى القباط عين الشق

Casablanca, Le :

20.02.2021

الدار البيضاء، في :

EL FATHI LALAOUI MOHAMED BADR

Age : 17 ans

Poids : 76,00 Kg

$$91,50 \times 4 = 366,00$$

1 -AIRLIX CP

1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

$$19,10 \times 3 = 57,30$$

2 -RISONEL 0,05 SUSP / INHALATION NASALE

1 pulverisation le matin et le soir, pendant 3 mois.

3 -VENTOLINE SIROP

2 le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

4 -ZAMOX SACHET 1 G

1 sachet le matin et le soir, pendant 6 jours.



Pharmacie Victoria Parc
Docteur Hamza SAMALI
Lot 100 MS Victoria city
Casablanca - Tél: 05 22 92 97 01

$$16,00$$

$$839,30$$

السلام GH75، إقامة 140، الشقة رقم 3، الأتفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 93 18 88 / الممول : 06 68 40 67 64

Cité Essalam GH75, Immeuble 140, Appartement N°3, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 18 88 / Gsm : 06 68 40 67 64

E-mail : maria@zidani.net

LOT: 139
PER: SEP 2023
PPV: 91 DH 50

LOT: 139
PER: SEP 2023
PPV: 91 DH 50

LOT: 134
PER: MAR 2023
PPV: 91 DH 50

LOT: 139
PER: SEP 2023
PPV: 91 DH 50

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

A20010353/04

PPV: 116DH00
PER: 10-23
LOT: J2957

