

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.

Prothésaire :

- 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.

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° M20- 0001155

Maladie Dentaire Optique **66975** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3265** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : **NOUFISSA MEKOUAR Veuve Farid ACHOUR**
Date de naissance : **20/02/1952**
Adresse : **Résidence Doha - Villa 44 - Route Ouzemmor CASABLANCA**
Tél. : Total des frais engagés : **1563,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/03/2021**
Nom et prénom du malade : **MEKOUAR NOUFISSA** Age: **69**
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : **Polyallergie**
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.

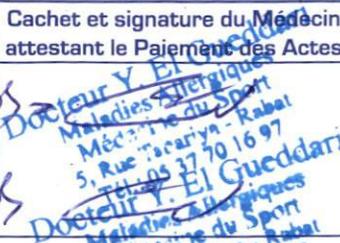
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :
Signature de l'adhérent(e) :

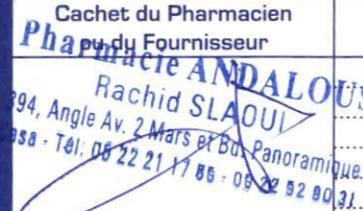
ACCUEIL
MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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
01/03/2021	C		300,00	 Docteur Y. El Gueddari Maladies Allergiques Méd. du Sport 5, Rue Tachariya - Rabat Tél: 05 37 70 16 97
01/03/21	TC Allodynie (1x30x2)		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie ANDALOUS Rachid SLAOU 94, Angle Av. 2 Mars et Bd. Panoramique. Casablanca - Tél. 05 22 21 17 86 - 09 32 92 80 31	01/03/21	63,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Youness EL Gueddari

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy
IMMUNO - ALLERGOLOGIE

(Asthme - Rhume - Eczémas)

Membre de la société Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

C.E.S DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE
DU SPORT

الدكتور يونس الكداري

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)
المناعة والحساسية

(الديقة - الزكام - كزيمة)

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض
المناعة والحساسية

الطب الرياضي

Rabat, le 01/03/2021 في الرباط،

Shree MEKOUAR Non fees

63,20 Zyrtec 10mg (15) (15)
15g



Pharmacie ANDALOUS
Rachid SLAOU
394, Angle Av. de Mars et Bd. Panoramique
Casa - Tél.: 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31

Docteur Y. El Gueddari
Maladies Allergiques
Médecine du Sport
5, Rue Tabariya - Rabat
Tél.: 05 37 70 16 97

زيرتيك 10 ملغ
سيتامبرول ديكلوروهيدرات
15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec® 10mg
Cétirizine dihydrochlorate
15 comprimés pelliculés sécables

ZYRTEC

+212 537 701 697: الهاتف / الفاكس -
5, Rue TABARIYA, N° 3, 1er Etage (Derrière

63,20

5، زرفة طبرية
212 537 701 697



PHARMACIE ANDALOUS

N° 001289

De le 01/02/21

M. Professeur Naoufal

Quantité	Désignation	P.U.	Montant
01	Zytee 5g	63,2	63,2
			<u>7 = 63,2</u>
Quelle le paie par carte banque de Poente d'inspiration et de 2			
 Pharmacie ANDALOUS Rachid S. ABU 394, Angle Av. 2 Mars et Bd. Panoramique Casa - Tél: 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31			

394, Angle Av 2 Mars et Bd Panoramique

Tél: 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31 - GSM: 06 61 20 47 78 - Domicile: 05 22 36 44 24 - Casablanca

IF: 51309210 - PT: 34910090 - RC: 5264 - CNSS: 1799602 - ICE: 001628834000021

Dr. Youness EL Gueddari

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy
IMMUNO - ALLERGOLOGIE

(Asthme - Rhume - Eczémas)

Membre de la société Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique

C.E.S DE BIOLOGIE ET DE MEDECINE
DU SPORT

الدكتور يونس الكداري

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)
المناعة والحساسية

(الديقة - الزكام - كزيمة)

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض
المناعة والحساسية

الطب الرياضي

Rabat, le ... 01/03/2021 ... في الرباط،

Que MEXUAN Nounys

Facture

11 Consultations	300,000
2 TC Allergologie (K30 x 2)	1200,000
Total Payé	# 1500,000
à l'ordre de	

Docteur Y. El Gueddari
Maladies Allergiques
Médecin du Sport
5, Rue TABARIYA - Rabat
Tél.: 05 37 70 16 97