

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.

Éducation :

- 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° M20- 0001155

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ 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 Ouzemmour
CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : 1563,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 01/03/2021
Nom et prénom du malade : MEKOUAR Noufissa Age : 69 ans
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) :

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		200,00	<p>Docteur Y. El Gueddari Maladies Allergiques Méd. du Sport 5, Rue Tacariya - Rabat Tél: 05 37 70 16 97</p>
01/03/2021	TC Allergiques		200,00	

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		200,00	
01/03/21	TC Allergiques (130x2)		1200,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie ANDALOUS Rachid SLAOU 294, Angle Av. 2 Mars et Bd. Panoramique. 338 - Tel: 05 22 21 17 86 - 09 82 52 80 31.</p>	21/05/24	63,20

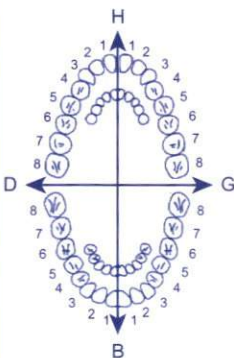
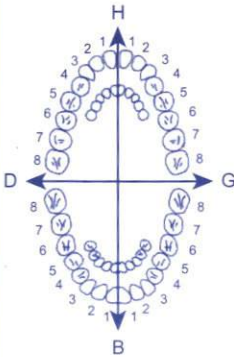
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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>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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

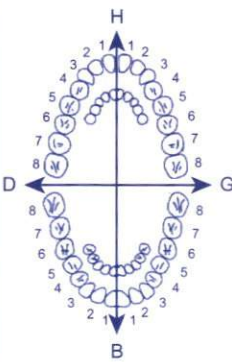
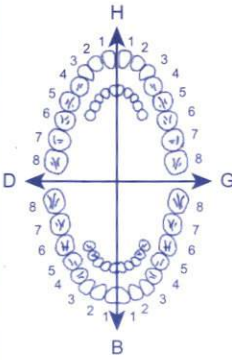
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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'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 COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>D</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div><div>B</div></div><div><div>H</div><div>G</div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

(الدقيقة - الزكام - كزيمة)

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض
المناعة والحساسية

الطب الرياضي

Rabat, le 01/03/2021 في الرباط،

Shree MEKOUAR Noufess

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

Pharmacie ANDALOUS
Rachid SLAOU
394, Angle Av. 7 Mars et Bd. Panoramique
Casa - Tél: 05 22 21 17 85 - 05 22 52 80 31

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

زيرتيك 10 ملغ
سيتيرين ديكلوروايدرات
15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec® 10mg
Cétirizine dihydrochloride
15 comprimés pelliculés sécables

ZYRTEC

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

63,20

5، زنفقة طبرية
212 537 701 697





PHARMACIE ANDALOUS

N° 001289

M.

De le 01/08/21
M. Mohamed Naoufel

Quantité	Désignation	P.U.	Montant
01	Zynke 500	63,20	63,20
		<u>7 = 63,20</u>	
Quelle le prix de la facture forme de paiement et les			
			
			
Pharmacie ANDALOUS 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 Mekouan Noufiss
Facture

11 Consultations	300,000
2 TC Allergiques (K30 x 2)	1200,000
Total Payé	# 1500,000
à J. le emp aut sty	

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