

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° P19- 044557
72416

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

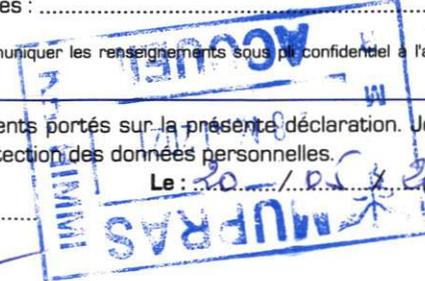
Matricule : 02767 Société : R.A.M.
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : JARBALI Mohamed
 Date de naissance : 01-01-47
 Adresse : Hay AL Qada Res. AL Fejj Min. Agzabou
 NR 13 Sidi Berramou - Casa
 Tél : 06 64 74 12 24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2021
 Nom et prénom du malade : ENRI Madita Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : diabétique
 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 protection relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Casablanca Le : 20/03/2021
 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.

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

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
12/03/21		2	3000	
01/04/21		1	9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/2021	354,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

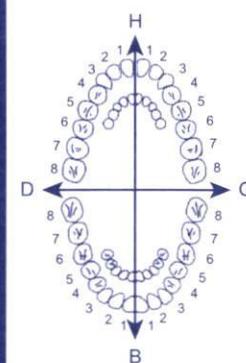
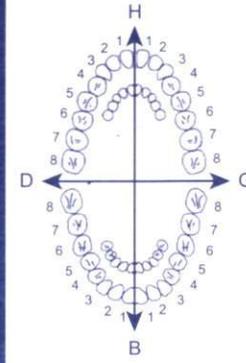
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	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



Dr Mohammed GOURINDA

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Ancien Attaché au Service - Gastroentérologie
- CHU IBN ROCHD -

(Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins)
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie - Colonoscopie
Echographie Abdominale
(Ballon intragastrique pour le traitement
non - Chirurgicale de l'Obésité)

الدكتور محمد كوريندا

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
إختصاصي سابق بالمستشفى المركزي الجامعي
- ابن رشد -
(إلتهاب الكبد الفيروسي، العدة، البرارة، الأمعاء)
أمراض الخرج و جراحة البواسير
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى
علاج السمنة بالمنظار الداخلي

Casablanca, le 12/03/21 في الدار البيضاء.

Zairi Akiles

1235480 95.80

Neofortan 16cp

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 9SDH20
EXP 12/2023
LOT 00047 6

216.00
Euzol 1cp

216.00

40.00
Loraxilone x 20jar

40.00

توقيت العمل : من الإثنين إلى الخميس من الساعة 9 صباحا إلى 16:30 زوالا
يوم الجمعة من الساعة 9 صباحا إلى 12:30 ومن الساعة 15:00 إلى 19:00 مساء
يوم السبت من الساعة 9 صباحا إلى الساعة 13:00 زوالا
بلوك 42 - رقم 50 - شارع أحمد العبيدي (قرب سينما السلام سابقا) سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
المحمول : 06 72 22 64 97 - GSM : الهاتف : 05 22 75 60 99 - Tél :

CASIMPT DURRATO-GASTROENTEROLOGIE & PROCTOLOGIE
Dr. GOURINDA MOHAMMEL
Spécialiste Des Maladies
de l'Appareil Digestif
50 Bloc 42, Hay El Wifak Sidi Bernous
Casablanca - Tél : 05 22 75 60 99