

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.

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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° P19- 0038398

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 22100 Société : STRITE

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAFAL MOULAYHACHAM

Date de naissance : DARB, KABIR Rue 13 n° 12

Adresse : 1-1-1951

Tél. : 0664069671 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 22/09/21

Nom et prénom du malade : DAFAL MOULAYHACHAM Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : JID + NCB Obésité

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 : 20 / 09 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/09/21 | CS | | 180,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafaa Dequa Fix : 05.22.58.20.54 | 17/9/21 | 2909,20 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

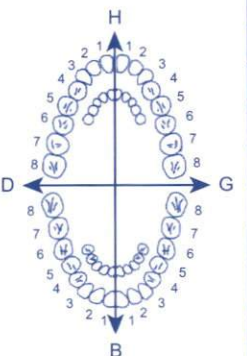
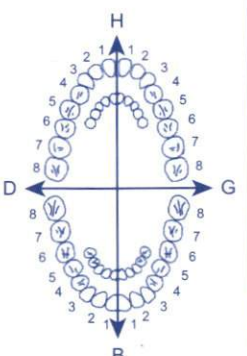
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| 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"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </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'EXECUTION

DOCTEUR MAJD EL ALAMI
Médecine Générale

الدكتور مجيد الحلمي
الطب العام

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)
 D.U. Diététique et Maladies de la Nutrition
 (Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات (فرنسا)
 شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية
 (السكري - السمنة - الكوليسترول)

Casablanca, le :

17/03/2021

PHARMACIE EL OUMOUMA
 244 lotissement el wafaa
 Deroua
 Fix : 05.22.53.20.54

559,00

M. JAFALI Zoua

31 561,00
 PHARMACIE EL OUMOUMA
 244 lotissement el wafaa
 Deroua
 Fix : 05.22.53.20.54

Novonit 30 flexper (mcs)

30 vi matin

14 vi l/P

2 35,10

Bevidage (n° 3)

PHARMACIE EL OUMOUMA
 244 lotissement el wafaa
 Deroua
 Fix : 05.22.53.20.54

الدكتور مجيد الحلمي
Dr. MAJD EL ALAMI
 د. ماجد عبد الله الصنهاجي - الطب العام - الدار البيضاء
 31, Bd Abdellah Senhaji Hay El Amal 3 - Casablanca
 Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

PHARMACIE EL OUMOUMA
 244 lotissement el wafaa
 Deroua
 Fix : 05.22.53.20.54

2909,20

31. شارع عبد الله الصنهاجي - حي الأمل 3 - الطابق الأول - الدار البيضاء
 31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Amal 3, 1^{ER} Etage - Casablanca

Tél.: Cabinet : 05 22 28 34 19 / GSM: 06 61 78 93 76

ICE : 001856360000023

مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأوداية
20300 الدار البيضاء

© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفوالي
DK-2880 باوسفيرد
الدنمارك

--LAPROPHAN--

PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml

Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



8-9674-73-270-1

مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأوداية
20300 الدار البيضاء

© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفوالي
DK-2880 باوسفيرد
الدنمارك

--LAPROPHAN--

PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml

Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



6 118001 121298

8-9674-73-270-1

مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأوداية
20300 الدار البيضاء

© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفوالي
DK-2880 باوسفيرد
الدنمارك

--LAPROPHAN--

PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml

Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



6 118001 121298

8-9674-73-270-1

مستورد وموزع من طرف لابروفان
21 زنقة الأوداية
20300 الدار البيضاء

© 2017
نوفونورديسك ش / م
نوفوالي
DK-2880 باوسفيرد
الدنمارك

--LAPROPHAN--

PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml

Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



6 118001 121298

8-9674-73-270-1



☒ valable 3 mois

Le 17/09/2021

| | |
|---|--|
| DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/> | |
| à adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel) | |
| Je soussigné(e) _____ | |
| certifié(e) Mlle, Mme, M. _____ | |
| Présente _____ | |
| Nécessitant un traitement d'une durée de : _____ | |
| _____ | |
| _____ | |
| Dont ci-joint ordonnance : _____ | |
| (à défaut noter le traitement prescrit) _____ | |

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Argle Rue Allal BENABDELAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. MAJD EL ALAMI
31, Bd. Abdellah Sennar Hay El Amal - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76