

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection 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 caractére 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

Nº P19- 064054

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10079

Société : g0296

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FATIHA EZ.ZABDI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066.87.66.82.6

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kenza SOULAMI
Pediatre Néphrologie Pédiatrique
285, Bd. Abdelloumen - Casablanca
INPE : 091031963

Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : El ASSALI Denfou

Age : 13/05/08

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Nalestie Reelle

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 : Beni H

Le : 01/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
06/09/21	S		3000,00	Dr. Kenza SOULAMI Pédiatre Néphrologie Pédiatrique 295, Bd. Abdelmoumen - Casablanca INPE : 091031963

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie ISIS 14 Lot Wafid 15425332171 dechid -</i>	<i>06/09/2021</i>	<i>1.786,10</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G															
25533412 00000000	21433552 00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Kenza SOULAMI

الدكتورة كنزة العلمي

Pédiatre spécialiste

Néphrologie Pédiatrique

Diplômée de l'Université Libre de Bruxelles

et de l'Université René Descartes de Paris

Ex médecin spécialiste au service de néphrologie
du CHU Ibn Rochd de Casablanca



طبيبة أطفال أخصائية

أمراض كلية الأطفال والرُّضُّع

خريجة الجامعة الحرة ببروكسل

وجامعة رونى ديكارت بباريس

طبيبة أخصائية سابقاً بمصلحة أمراض الكلية
بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca le: 06/09/2021

El Assali Meryem

Pharmacie ISIS

Age: 13 ans 8 mois 24 jours , Poids: 60,20 Kg Taille: 173,30 cm

1. Un-alfa 0,25 µg
- Berrechid

3 capsule(s), au coucher, pendant 4 mois

$56,30 \times 3 = 168,90$

2. D-cure 25000 ui

1 ampoule(s), 1 fois par semaine, pendant 1 mois
puis 1 ampoule, 1 fois par 2 semaines, pendant 3 mois

$25,10 \times 4 = 100,40$

3. Fumafer 66 mg

1 comprimé, le matin, à midi et le soir, après les repas, pendant 4 mois

$50,10 \times 4 = 200,40$

4. Tecpril 2,5 mg

1 gélule(s), le matin, pendant 4 mois

$84,180 \times 4 = 336,72$

5. Prezar 50 mg

1 comprimé, le soir, pendant 4 mois

$46,70 \times 2 = 93,40$

6. Zyloric 100mg

1 comprimé, par jour, pendant 4 mois

$21,20 \times 3 = 63,60$

7. Co-trim 200 mg / 40 mg

1 cuillère, au coucher, pendant 4 mois

8. Bicarbonate de sodium

4.5 gramme(s), par jour, pendant 4 mois

295 Bd Abdelloumen angle allée
de Persée 3^{ème} étage C 23 - Casablanca

☎ : 0522862605

☎ : 0808360990

☎ : 0522863308

شارع عبد المؤمن زاوية ميررسى
الطريق الثالث C 23 - الدار البيضاء

الدكتورة كنزة العلمي
Dr. Kenza SOULAMI
Pédiatre Néphrologie Pédiatrique
295, Bd. Abdelloumen - Casablanca
INPE : 081031953

