

## 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-677799



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13128</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Chergui Darif Adnane</u>
Nom & Prénom : <u>Chergui Darif Adnane</u>			
Date de naissance : <u>10/01/1992</u>			
Adresse : <u>Kes sidi abderrahman GH3 etage 3 apt 3 Oulj, Casablanca</u>			
Tél. : <u>0611 4242 90</u> Total des frais engagés : <u>216,30</u> Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>21/01/2022</u>	
Nom et prénom du malade : <u>Chergui Nadine</u> Age : <u>1 mois</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Pluie nle</u>	
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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

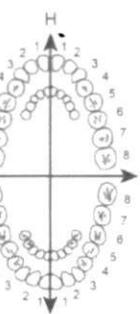
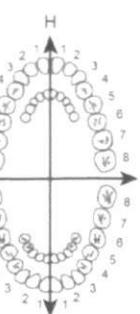
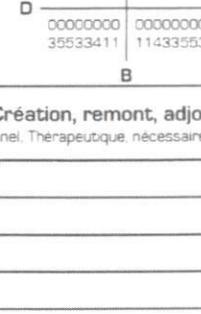
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
25/01/22			Ca 1000	Ca 1000 L'Am. Abdellah 3500 Janvier Collisse 16426 16611 16426

EXECUTION DES ORDRES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FAM Dr. Bentati Jaafar 02, Bd Oued Sebaa - Oujda CASABLANCA 051 2 90 18 99	95 01/01/92	Dr. EL 14000 (à coté de la facture) Tel. 05 37 15 00 08 16,30

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>								
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 								
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> 								
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> 								
					<b>FIN D'EXECUTION</b> 								
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b>  <b>G</b> <table border="0"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
		<b>Coefficient des travaux</b> 											
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> 											
		<b>DATE DU DEVIS</b> 											
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>													

# Cabinet de Pédiatrie

## Dr EL ALAMI ☺

**Docteur EL ALAMI Abdellatif**

Spécialiste Pédiatre

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Fibroscopie Digestive Biopsie Jejunale

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 25 of 22 الدار البيضاء، في

**الدكتور العلمي عبد اللطيف**

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضيع

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

التنظير الداخلي للجهاز الهضمي

بالموعد

Cher Gén. D'Asif NADINE

16,30

TAM  
S.V

16,30

**Pharmacie TAM**  
Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Queen Seoud - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél. 0522 31 95 00

**Dr. EL ALAMI Abdellatif**  
Spécialiste Pédiatre  
87, Bd. 11 Janvier  
(à coté du cinéma Colisée) - Casablanca  
Tél: 05 22 31 95 00 - GSM: 06 61 13 83 40  
INPE: 091 05 62 25

شارع 11 ينayer ( بجانب سينما كوليزي ) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 95 00

87, Bd. 11 Janvier (à coté du cinéma Colisée) - Casablanca - Tél. : 05 22 31 95 00

En Cas d'Urgence, Contacter GSM : 06 61 13 83 40