

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 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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- 0038259

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **121120** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2867** Société : **R - A - M -**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **EDDARI EL MOSTAFA**

Date de naissance : **18/11/55**

Adresse : **69, Rue L'Algérie**

CASA

Tél. : **0661321515** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris
24, Rue de Bagdad - CASA
Tél. 0522 42 27 00

Date de consultation : **30.06.2022**

Nom et prénom du malade : **Eddari El Mostafa** Age:

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **DM1**

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 : **30/06/22**


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
30/06/22	S	A	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/06/2022	1966,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

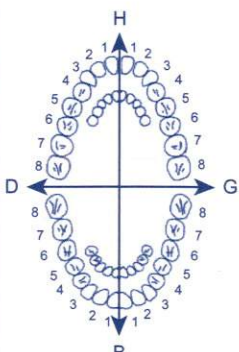
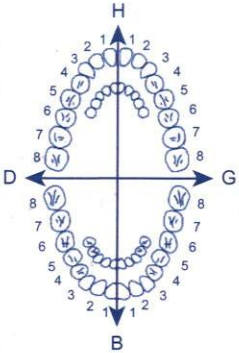
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سالويز بباريس

أمراض السكري - السمنة - الكولسترول

الغدة الدرقية

الهاتف: 0522 48 27 88

Casablanca, le

PPV: 96DH00
PER: 09/23
LOT: K1709-2

PPV: 96DH00
PER: 04/24
LOT: K3638-1

20800

20800

20800

Docteur Mohamed JELLAL
Ex. Assistant C.H.U.
24 Rue de Bagdad
(ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

24, زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

PH. CROIX DU SUD
MME KTIRI JOUNDY FATIMA
62 RUE MED SEDKI
CASABLANCA
Taxe Profes. N°: 35424065
N° R.C. : 372691 N° CNSS : 1175638
N° ID.F. : 20763230 N° ICE 001727771000005
Tel : 022277534
Fax 022208027

M

Le : 30/06/2022

FACTURE N°: 9463/22

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
4	ASKARDIL 75MG B 30 CPS	22,40		89,60
5	COSOPT COLLYRE 5ML	126,10	7	630,50
3	COVERAM 5MG/5MG BT/ 30 CP	208,00		624,00
4	ODIA 1MG B 30	26,90		107,60
2	PRAZOL 20MG /28GELULES	96,00	7	192,00
3	STAGID 700MG /100CPS	107,60		322,80

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

TVA 7%: 53.81

Total : 1 966,50

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE NEUF CENT SOIXANTE SIX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

Sans PPU.

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6



LOT 213490
EXP 01 2025
PPV 107.60

LOT 213486
EXP 01 2025
PPV 107.60

LOT 212245 1

EXP 10 2024

PPV 26 90

LOT U072163 1
EXP 02 2023
PPV 126.10 DH

LOT 220263 1

EXP 01 2025

PPV 26 90

LOT U031803 2
EXP 07 2023
PPV 126.10 DH

LOT 212248 1

EXP 10 2024

PPV 26 90

LOT 212243 1

EXP 10 2024

PPV 26 90

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPU 22DH40
EXP 09/2023
LOT 16012 6

LOT U037807 1

EXP 10 2023

PPV 126.10 DH

LOT U037807 3

EXP 10 2023

PPV 126.10 DH

LOT U031803 1

EXP 07 2023

PPV 126.10 DH