

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

- Réclamation : 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° W21-704561

126544

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1685 Société : Agn
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : med
 Nom & Prénom : HAJJI
 Date de naissance : 1952
 Adresse : CITE DE L'AIR BP. OULED. AHRIZ. n° 2, B
 NOUACEUR
 Tél. : 0651 2062 28 Total des frais engagés : 120 + 396 = 5160 H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR JADDAOUI MED AMINE
 MÉDECIN GÉNÉRALISTE URGENTISTE
 88 RUE EL MADINA BERBECHID

Date de consultation : 05/06/2022
 Nom et prénom du malade : HAJJI MED Age: 70
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection cutanée
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de MEDINE Dr. JAI Yasmira N°86 Rue de Medine - Berrechid Tél.: 0522 33 71 33 INPE: 062020771	25/06/20	396,00

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

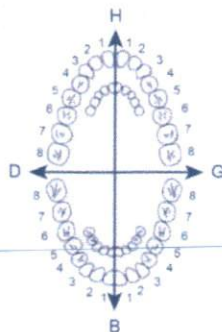
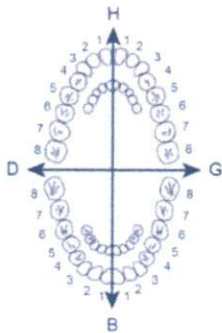
[illegible]

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	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. JADDAOUI Med Amine

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Ex. Médecin Interne au CHU Ibn Rochd

Ex. Médecin généraliste dans le groupe OCP



الدكتور جدوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Berrechid, le 25/06/22 برشيد في

HASSI

RED

Pharmacie de MEDINE
Dr. JADDAOUI Med Amine
N°86 Rue de la Médicine - Berrechid
Tél: 05 22 32 44 88 / GSM: 06 75 37 93 62
IN.PE: 062020777

1) Keto derm sachet
84,20 1 sachet x 2/sem dut 06 sem

2) Nomyc 150 gdl
729,00 1 gdl/sem dut 04 sem

3) Cetirnal 10mg cp
45,80 0 - 0 - 1 dut 15

4) Contiflo cp
193,10 0 - 0 - 1 dut 20 sem

396,00

88, Rue El Madina - Berrechid زنقة المدينة - برشيد

Tél : 05 22 32 44 88 / GSM : 06 75 37 93 62

Pharmacie de MEDINE
D. R. JAL Yasmina
N°86 Rue de Medine - Berrechid
Tél: 05 22 33 71 33
INPE: 062020771

Maabba
86 Allée N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Cetoderm 2% gel b8 sachet
P.V: 84,20 DH
6 118001 181490

فلوكازول
LOT 222054
EXP 02/25
PPV 72DH90

Pharmacie de MEDINE
D. R. JAL Yasmina
N°86 Rue de Medine - Berrechid
Tél: 05 22 33 71 33
INPE: 062020771

Pharmacie de MEDINE
D. R. JAL Yasmina
N°86 Rue de Medine - Berrechid
Tél: 05 22 33 71 33
INPE: 062020771

LOT 221124
EXP 12/23
PPV 45DH80

ملغ
قرصا ملبسا
ن طريق الفم

4
dole-
pocier
pour
venne
PPV: 193DH10
CODE No.: MPIDRUGS/25/24/83
Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

Pharmacie de MEDINE
D. R. JAL Yasmina
N°86 Rue de Medine - Berrechid
Tél: 05 22 33 71 33
INPE: 062020771