

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 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 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

ABOOGH

Déclaration de Maladie : N° P190005991

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02307**

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

ABID - ABDELJALIL

Date de naissance :

19/02/1954

Adresse :

M. RUE DAOUA - ZAHIRI MAARIF CASA

Tél. : **06 47 68 49 76** Total des frais engagés : **488,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **23/11/2022**

Dr.Fayçl SEBTI
Expert Près les Tribunaux
الخطب العام
Médecine Générale
Tél: 05 22 25 28 82

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

ABID ABDELJALIL

Age : **68**

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

tracheobronchite a T. Digestif

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**

Le : **05/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

ABID

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23-11-22 V | | | 150 DH | Dr. Faouzi SEBTI Expert Près les Tribunaux Médecine Générale Tél: 05 22 25 28 82 Expert Près les Tribunaux |
| 26-11-22 | | | 0 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Faouzi SEBTI Casablanca Tél: 05 22 25 31 42 | 23/11/22 | | 220,40 |
| Dr. Faouzi SEBTI Casablanca Tél: 05 22 25 31 42 | 26/11/22 | | 117,90 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|---|---|---|---------------------------------|
| | | A | M | P | C | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[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 SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux
Médecin Attaché au Service
de Gastro - Enterologie
(Hôpital Averoès)
Médecine Générale

2, Rue Ahmed El Mejjeti (Ex des Alpes. Maârif)
CASABLANCA
Tél. : C. : 0522.25.28.82
GSM : 0661 96 19 96

Casablanca, le 26/11/2022

ABID ABDELUJALIL

Lot: 4225A
EXP: 09.2026
PPV: 32.00 DHS
3230

32,00 EUCARBON 1C avt les repas

14.40 RENNIE 3 C par jour

18,50 SOPHTAL COLLYRE 1 goutte matin & soir

53 DAKTARIN GELBUCCAL 1 application le soir

RHINOLAYA 1 FL

117.90

د. فضل السبتي
Dr. FAYEL SEBTI
Expert Prés les Tribunaux
مختار
Médecine Générale
Tél: 05 22 25 28 82

Docteur SEBTI Fayçal

Expert Près les Tribunaux
Médecin Attaché au Service
de Gastro - Enterologie
(Hôpital Averoës)
Médecine Générale

2, Rue Ahmed El Mejjati (Ex des Alpes. Maârif)
CASABLANCA
Tél. : C. : 0522.25.28.82
GSM : 0661 96 19 96

Casablanca, le 23/11/2022

الدكتور فيصل السبتي

طبيب محلق لدى المحاكم
طبيب ملحق بقسم أمراض الجهاز الهضمي
بمستشفى ابن رشد
الطب العام

2، زنقة أحمد المجاطي (الألب سابقا)
الدار البيضاء
الهاتف: ع 0522.25.28.82
0661 96 19 96:

PPU: 126,30 DH
LOT: 650549
PER: 03/24

ABID ABDELLALIL

126,30

AUGMENTIN 1g 1 sachet matin et soir

40,00

EFFIPRED 20 mg 3 C par jour

15,70 x 2

TOPLEXIL 1 C à S 3 fois par jour

22,70

RINOMICINE 1 sachet matin midi et soir

TRAIT. DE 3 JOURS A RENOUVELE

220,40

Dr.I
Expert Près les Tribunaux
Médecine Générale
Tél: 05 22 25 28 82

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 06/2025
LOT 22012 4

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 15DH70
LOT: 220177
PER: 02/2024
6 118000 060901

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V: 15DH70
LOT: 220136
PER: 05/2024
6 118000 060901