

## 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° 12 - € 5 51

180674



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2186	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : RETRAITÉ	
Nom & Prénom : EL ALAMI MOHAMMED			
Date de naissance : 01/07/1950			
Adresse : 12 LOTISSEMENT KENZA RUE 10, BD HACMI EL FILALI CALIFORNIE, CASABLANCA			
Tél. :	06 61 49 40 75	Total des frais engagés : Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
6ème Bd Bourjough et Rue Abouchouha  
El Fakhi April 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 28 34 68

Date de consultation : 17/10/2023

Nom et prénom du malade : EL ALAMI MOHAMED

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint,  Enfant

Nature de la maladie : Vertiges positionnels

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 : EL ALAMI MOHAMED

Le : 17/10/2023

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
17/10/2018	CS		200,00	INP : 091219649 Dr. Amal SALIM Médecine Générale Diabétologie Nutrition Angla Rd 12

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMA ACIE BEI PEZZANI OT. TANAY 11.05.22 52 21</i>	17/10/2018	451,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

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

#### 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 canalaires, 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"/>
					Début d'exécution <input type="text"/>
					Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>
		$  \begin{array}{r l}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  \end{array}  \quad B \quad G  $			
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins <input type="text"/>
					Date du devis <input type="text"/>
					Date de l'exécution <input type="text"/>

Dr. Amal SALIM

**Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat, Bordeaux et Rennes**

**Médecine Générale  
 Diabétologie - Nutrition  
 Echographie - Médecine du travail**



لـدكتورة آمال سليم

خريجة كلية الطب بالرّب

## بُوردو، رین

الطب العام

داء السكري والج

## الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 17/10/23

Mr ELALAMI Mohamed

78,0003

(1) Betasene



1950 18 x 21 x 03 mos

(2) *Dawkins* sp.



69. plus 23' 3.



1975 1976 1977

(41)  $\Delta_2$  vs  $\Delta_1$  vs

11/15/17 11:45 AM



BETASERC 24MG  
CP B30  
P.P.V : 78DH00  
PER.01/2026  
LOT : 23E015  
6 118000 012641

BETASERC 24MG  
CP B30  
P.P.V : 78DH00  
PER.01/2026  
LOT : 23E015  
6 118000 012641

BETASERC 24MG  
CP B30  
P.P.V : 78DH00  
PER.01/2026  
LOT : 23E015  
6 118000 012641