

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° W21-815259

189516

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13169 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Faggaoui El mehdi
 Date de naissance : 21/09/1991
 Adresse : Resd diar salam, Imm 501, App 7
 Tél. : 0661.31.83.29 Total des frais engagés : 472,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. FILALI SANAA
 43, Avenue Colonel Akid Allam
 (au dessus du B.P) Bournazel - Casa
 Date de consultation : 29/12/2023
 Nom et prénom du malade : Faggaoui El Mehdi Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 : Casa Le : 29/12/2023
 Signature de l'adhérent : [Signature] Signature du Médecin : Dr. FILALI SANAA
 43, Avenue Colonel Akid Allam du B.P) Bournazel - Casa

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
29/12/23 (12)			300000	INP : 09/190066

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOURMONT Dr. Imane Bourmont Hay May Atti Aboul, 50 N° Sidi Othman - Casa Tot: 05 22 11 11 11	20/12/23	37240

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
		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 canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Dr FILALI SANAA

Omnipraticienne



الدكتورة الفيلالي سناء الطب العام

- Lauréat de la faculté de médecine de Casablanca
- Ex Médecin interne au service de maternité du CHU Ibn Rochd Casablanca
- Ex Médecin interne à l'hôpital Moulay Youssef Casablanca
- Echographie - ECG
- Médecin agréé pour la délivrance de certificat d'aptitude pour l'obtention du permis de conduire



- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بقسم الولادة بالمركز الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى مولاي يوسف بالدار البيضاء
- الفحص بالصدى و التخطيط الكهربائي للقلب
- طبيبة معتمدة لتسليم شهادة طبية لنيل رخصة السياقة

Casablanca le: 29.12.2022

FA 66 Ave EL MEHA

① Ac Pw 1 g Bachr

14 g

1 x 2 x par 7

② Budevana 20

6 g

2 par 1 par

③ Apana 500

10 g

1 par 2 par

④ Meteospa 500

10 g

2 par 3 par

صيدلية شطبية
PHARMACIE CHTAIBA
Dr. Imane BAZBOUH
Hay Mly Arbi Alaoui, 50 N°38, Marrakech
Skid Othman-Casa Tél: 05 22 71 31 97

DR. FILALI SANAA
Médecin
43, Avenue Colonel Allam
Au dessus du B.P. Bournazil - Casa
Tél: 05 22 71 31 97

43, شارع العقيد العلام الطابق الثاني (فوق بنك الشعبي) - بورنازيل - البيضاء : 05 22 71 31 97

43, Avenue Colonel ALLAM, 2 ETG, (Au dessus de la banque populaire). bournazil - Casablanca - Tél: 05 22 71 31 97

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 10,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diburi - Casablanca

6 118001 100293

SHD00:89:03:03:03
S202:03:03:03:03
91108032:101

بيلزونيڊ

100 ميكروغرام

معلق للاستنشاق
عن طريق الأنف

ج

200 جرعة

حرك قبل الإستعمال

Lot N°:

066T045A

FAB:

10/2023

EXP:

10/2025

PPV: 149DH00

Boite de 14 sachets

PHARMAN

LOT : 3752
PER : 1024
P.P.V : 115DH00