

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 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdel
Casablanca 2000L Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19-0046501

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 191141
Nom & Prénom : NASR SALAH
Date de naissance : 01.01.1952
Adresse : 33 N° 36 ALIA 1 - OULFA - CASA
Tél. : 0662.807355 Total des frais engagés : 700,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2024
Nom et prénom du malade : NASR SALAH
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint
Nature de la maladie : *Jeune femme*
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 : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : *Cult*

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
08/11/24			250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/11/24	261,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/11/24	212	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B		B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B		B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

PPV: 40DH00
PER: 11/26
LOT: M3960

P.P.V: 1230DH90

Docteur El MAHI Mohamed

Ex. Médecin Chef Des Services de
Pneumophtisiologie de Casablanca (BMSO)

Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladies Allergiques (ASTHME)

Diplôme National Français De Pneumophtisiologie

Diplôme D'allergologie Et D'immunologie Clinique

Français de Maladies du Sommeil

Tests d'Allergie - Radiologie - Fibroscopie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور الماحي محمد

جهاز التنفسي بالدار البيضاء

جهاز التنفسي، والسل
الخاصة (الضيق)

الخاصة في الجهاز التنفسي
الخاصة في أمراض الحساسيات

ساسبة، الكشف بالأشعة
لوظائف للجهاز التنفسي

LOT: M1070
PER: 06/2025
PPV: 51.90

de 16 comprimés effervescent

PPV: 15.30 DH

118000190225

PHARMACIE LA LIBERTÉ
Sanaa DE KIRANE
104, Bd de Paris Casablanca
Tél: 05 22 27 55 23

Casablanca, Le 08 - 01 - 2024 في الدار البيضاء

R = Nassr Salah

Régime pauvre en
sel x 8j

410,00

1/ Cotipred 20mg le matin

123,63 1/2 effervescent ds 1/2 verre d'eau x 8j

2j Aova 3M mycène (1 bte de 16)

30,00 1/4 x 2

3j Fleuileron 5mg

51,94 Cuill à S x 3

4j Alora. (1 bte de 15cp) x 15j

1/2 cp le soir

5j Cetamyl 500 1cp effervescent ds 1/2 verre d'eau x 2 x 6j

06 61 21 57 18 : الفاكس : 05 22 47 36 11 : الهاتف : 05 22 47 36 10 : شارع 11 يناير - الدار البيضاء
10, Bd 11 janvier - Casablanca - Tél: 05 22 47 36 10 - Fax: 05 22 47 36 11 - Gsm: 06 61 21 57 18

CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE

Docteur El MAHI Mohamed

Ex. Médecin Chef Des Services de
Pneumophtisiologie de Casablanca (BMSO)

Spécialiste des Maladies du Poumon
Appareil Respiratoire, Tuberculose
Maladies Allergiques (ASTHME)

Diplôme National Français De Pneumophtisiologie
Diplôme D'allergologie Et D'immunologie Clinique

Français de Maladies du Sommeil
Tests d'Allergie - Radiologie - Fibroscopie
Exploration Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور الماحي محمد

سابقا رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسي بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض الرئة، الجهاز التنفسي، والسبل
أمراض الحساسية (الضيق)

دبلوم الدراسات الخاصة في الجهاز التنفسي
دبلوم الدراسات الخاصة في أمراض الحساسية

اختبار الحساسية، الكشف بالأشعة
الاستكشاف الوظيفي للجهاز التنفسي

Casablanca, Le 08-01-2024 في الدار البيضاء

Dr. Nassr Salah

Reçu du chéquier n° 200/80044.

Compte rendu radiologique
après trois échographies pulmonaires
basales et apex droit en/avec
bichite.

الدكتور الماحي محمد
اختصاصي في أمراض
السبلة والحساسية
10، شارع 11 يناير - الدار البيضاء
الطابق: 10، 36، 47