

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-782070

20084



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8783

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EL KASSIMI MOHAMED

Date de naissance :

22.11.1966

Adresse :

8 Rue EBAUAM Bd OUM RABIA AL AZIZA 11
CASA, MAROC

Tél. :

061155656

Total des frais engagés :

357.80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 91031500

Date de consultation :

05/01/2024

Nom et prénom du malade :

EL KASSIMI Mohamed

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

APP dermatolo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

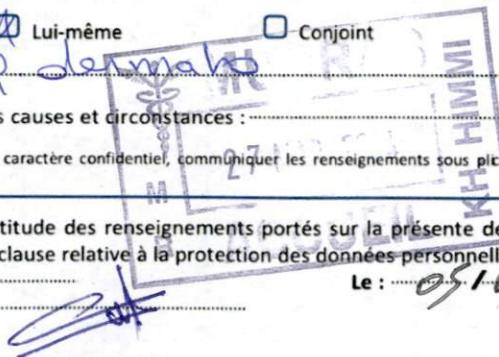
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 05/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09/01/24	Ca	+921	Gt	INP : 094P31509 Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef Casablanca (NPE : 93041509)

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPELLEKUAR</i>	af 01 24	317,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le plan 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"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td></td></tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
DELEGATION REGIONAL CASABLANCA-SETTAT
DELEGATION MEDICALE CASA - ANPA
CENTRE HOSPITALIER GERONIAL
MOULAY YOUSSEF



الصحراء الغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات
المندوية للدار البيضاء - آنفا
المركز الاستشفائي الجهوي
مولاي يوسف

Maphar
Bd Alkamilia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Ketaderm 2% gel 60 sachet
P.P.V : 84,20 DH
6 118001 181496

ORDONNANCE

05.01.2024

M. EL KASSIMI Mohamed

1/ 81,60x2

Dermo ~~gel~~ crème

1 app/j le soir sur les lésions
pdt 1 mois

84,20

2/ Ketoderm ~~30g~~ 2%

1 application x 2 / semaine
puis 1 application/ semaine
pdt 3 mois

70,40

3/ Myname ~~150 mg~~ 4 gélules

1 gél/semaine pdt 1 mois

T: 317,80

PHARMACIE DAR EL YOUSSEF
RÉGISTRE: 05/01/2024
TÉL: 0524 20 10 11

R. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE : 910715001

87,30

87,30



Mynazol®

FLUCONAZOLE

150 mg

4 gélules

Voie orale

Lot N° :

70140

Exp :

PPV :

