

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-837894

201285

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12551 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUJADDI MED ANOUAR

Date de naissance : 25/04/1986

Adresse : Villa 775 BAHIA GOLF BEACH

BOOZENIKA

Tél. : 06.61.68.48.31 Total des frais engagés : 712 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nouredine BENHAYMOUD
Malades Alergiques (ASTHME)
Bd. Abderrahmane Serghini
mm Bouargane N° 2 - 1er Etage
Tél : 0523 32 49 40 - Mohammedia

Date de consultation : 24/01/2024

Nom et prénom du malade : ELMOUJADDI MED ANOUAR

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : Mohammedia le 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
24 JAN 2024		5	209,00	D. Moureddine B. MOUMOU Milades St. Vierge 55-1000 Bd. Abdoucarmane N° 2 - 1er étage Imm Bouargane N° 2 - 1er étage Tel : 0523 32 49 40 - 0523 32 49 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

Pharmacie MY BOUARGANE Lotissement Mandorlon, Lot 38 Boulevard de la Liberté, Bouargane	24/01/24	512,60
---	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

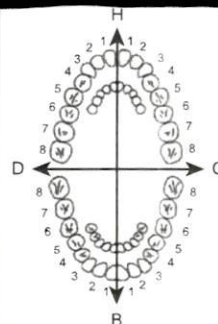
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

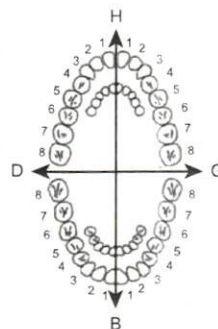
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552	H
D	00000000	00000000	G
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
			B

(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires
--------------------------------	------------------------

DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. BEN HAYMOUD

Diplômé d'Immunologie et d'Allergologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé d'Insuffisance et Handicap Respiratoires
et Tabacologie de la Faculté de Médecine de Montpellier

MALADIES ALLERGIQUES (ASTHME)

Membre Titulaire de la Société Française d'Allergologie
et d'Immunologie Clinique



الدكتور نور الدين بن حيمود

دبلوم أمراض الحساسية والمناعة من كلية الطب بباريس

دبلوم معالجة النقصان والإعاقة التنفسية والتدخين

من كلية الطب بمبيلي

أمراض الحساسية والضيقة

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الحساسية والمناعة

Mohammedia, le : : المحمدية، في

24 JAN 2024

El JONSSABDI M. P. and M. H. A. P.

36,60.

Beharstein 2mg
2 ml j pda

92,50

Ubiprox 500mg

119,60

Risonel

210,00

Flowair

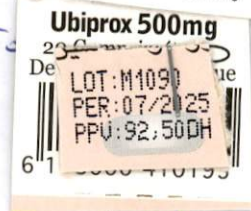
54,60.

Dohy

512,60.



5426
07-26
36DH60



Flowair 10 mg
Montelukast sodique
30 Comprimés pelliculés



TOTIFFAL

30 gél.

54,40



PHARMACIE MY OASS BOUARGANE
Lotissement M. Bouargane, Lot 38
N°3. Bouargane

Dr. Noureddine
Maladies Allergiques
Bd. Abderrahmane Serghini
Imm. Bouargane
Tél. : 05 23 32 49 40

شارع عبد الرحمان السرخيني - عمارة بواركان رقم 2 الطابق الأول (قرب مصرف المغرب) - المحمدية
Bd. Abderrahmane Serghini, Immeuble Bouargane n° 2, 1^{er} Etage - Mohammedia
Tél. : 05 23 32 49 40 - الهاتف : Urgence : 06 61 17 26 38 : المستعجلات

N° du Lot

23H215

Date Per.

07.2026

P.P.V: 119,10 DH