

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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° W21-627372

1327

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6439	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAFS HAJ HAMOU		18/04/1965	
Date de naissance : N 10 04 1965		Aïn Diab L	
Adresse : CAST			
Tél. : 0661133566		Total des frais engagés : 368,12 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> DR. F.Z. MOUSSAOUI HAJ HAMOU Lotissement Zoubir - Imm 1121 Appt 4, Oulfa - Casa </div>	
Date de consultation : 30/9/2022	Age : 51 ans
Nom et prénom du malade : Haj Hamou Nadj	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Arthrose des genoux	
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 : Casablanca

Le : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/2022	C	ca		INP : 0811116510 Dr. EZ SOUSAOU HN RAMOU Lotissement Zouhour - 119

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

30/9/2022

C

ca

INP: 03M14520

Dr. F.Z. HOUSSAOUI
Houssam
Lotissement Zoubir - Immeuble 112
Appartement Oulfa - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>pharmacie Zoubir</i> <i>ame. KABBAJ MARIAM</i> <i>assei Zoubir 1851 Imm. 6</i> <i>C. SABLANCE</i> <i>25 22 934 190</i></p>	<p><i>30/9/2022</i></p>	<p><i>968,13</i></p>

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Pharmacie Zoubir
Mme. KABBAJ MARIAM
Lotisseur : Zoubir 1851 Im
C.SABLANCA
Tél. : 05 22 934 190

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du joratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 in various positions)	Nature des Soins (List of treatment types: Masticatoire, Fonctionnel, Thérapeutique, Nécessaire à la profession)	INP : <input type="text"/>																
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
			FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																
			O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					H	25533412	21433552												
					D	00000000	00000000												
					B	00000000	00000000												
					G	35533411	11433553												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. F. Z. Moussaoui

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
Mme. KABBAJ MARIAM
Gé. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casa
Tél: 05 22 93 41 48
Pharmacie Zoubir
Lotissement Zoubir 1851
CASA BLANCA, le
Tél: 05 22 934 128
28,00 x 2

الطب العام

تجزئة الزبير
(مجموعة الضحي) عمارة
112 شقة 4 الألفة
الهاتف : 05 22 93 41 48

30/9/2022

الدار البيضاء، في

N^o Haj Hamou Madi

1) Chondronulf 400 mg (x2)
1 gel x 3/j = poltr] 44 x
159,00 x 2

2) Done sach 1500 mg (x2)
1 sach/j.

Lot N° : 2002439
EXP : 04-2023
PPV : 139,00 DH

3) Itaflam pommade gel
1 app x 2/j

Lot N° : 2002439
EXP : 04-2023
PPV : 139,00 DH

4) Bifel 50 mg cp
1 gr x 2/j

DIFAL[®]
Diclofénac sodique 50 mg
Boîte de 30 comprimés
P.P.V. : 44,20 DH
6 118000 190349

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118000 1271214

PPV: 283,00 DH

Tél: 05 22 934 128

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118000 1271214

PPV: 283,00 DH

LOT: 0534

EXP: 02/25

PPC: 79,90 DH

45 ml 1.7 floz

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMOU MADI
Lotissement Zoubir
112 I