

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2088

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZENASNI Mohammed

Date de naissance : 09/06/44

Adresse : 193 Bd GHANDI CASA

Tél. : 0522 25 00 88

Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZENASNI Raliha

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

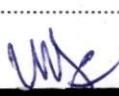
Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

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

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, arranged in a quadrant system. The teeth are numbered 1 through 8, with additional symbols: Y, H, and V. The arch is divided into four quadrants by a vertical midline and a horizontal crossline. The quadrants are labeled D (left), H (top), B (bottom), and Y (right). The teeth are arranged as follows:

- Top Quadrant (H):** Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Symbols: Y (1), H (2), V (3), Y (4), H (5), V (6), Y (7), H (8).
- Bottom Quadrant (B):** Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Symbols: H (1), V (2), Y (3), H (4), V (5), Y (6), H (7), V (8).
- Left Quadrant (D):** Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Symbols: V (1), Y (2), H (3), V (4), Y (5), H (6), V (7), H (8).
- Right Quadrant (Y):** Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Symbols: Y (1), H (2), V (3), Y (4), H (5), V (6), Y (7), H (8).

[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

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

ZENASNI Mohamed

Matricule :

2088

N° CIN :

Adresse :

Bd Ghandi n° 193 CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. ALAMI M

Professeur en Cardiologie Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. : 05 24 55 11 22 / 05 24 55 11 26

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 31005520

Certifie que Mlle, Mme, M. : ZENASNI RABIA

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Dr. SALAMI M Professeur en Cardiologie
264 Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. : 05 24 55 11 22 / 05 24 55 11 26

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

NEBILCT 5 14/1g

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASA le 02 JUIN 2022

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ALAMI M
Professeur en Cardiologie
264, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél. : 05 24 55 11 22 / 05 24 55 11 26

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

** PHARMACIE HIBA **

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tél : 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°5111603

ICE : 001616420000064

Le : 02/09/2022

ZENASNI MOHAMED

FACTURE N° : 293 du : 02/09/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	NEBILET 5MG BT28 CP	87,50	262,50	0,00%
Total TTC			262,50	

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENT SOIXANTE DEUX DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	262,50	0,00	262,50
		262,50	0,00	262,50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■■■
28 comprimés O
PPV 87DH50

V140977/01

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaje
N°51 Bis Beausejour Casa
Tel: 05 22 34 99 34

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■■■
28 comprimés O
PPV 87DH50

V136132/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg ■■■
28 comprimés O
PPV 87DH50

V140977/01