

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° W21-714046

135207



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10300

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RIDAOU' RA CHIDA

Date de naissance :

Habituelle

Adresse :

Tél. :

0666274783

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

Date de consultation :

25-10-2022

Age: 52

Nom et prénom du malade :

RIDAOU' RA CHIDA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Algie diffus

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 : 25/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RIDAOU' RA CHIDA

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
10/10/2022	G2		3000 DT	INP : 091085522

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARHABA 14, AV. DES FARAH - 03210 ALGER	25/10/2022	117.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

ODF PROTHÉSES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

Dr. ILHAM KHIZANI

RHUMATOLOGUE

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE CLERMONT FERRAND

SPÉIALISTE DES MALADIES RHUMATISMALES
MALADIES DES OS, ARTICULATIONS ET MUSCLES
MALADIES DE LA COLONNE VERTEBRALE



الدكتورة إلهام خزانى
أخصائية في أمراض الروماتيزم
خريجة كلية الطب بفرنسا
أمراض العظام والمعوقات
أمراض العمود الفقري

ORDONNANCE

Casablanca le 25-12-2022 الدار البيضاء في

RIDAOUI - RACHIDA

LOT 224417
EXP 06/25
PPV 13DH20

13.20

1) Algik

Dal 1

1

15.

51.40

Divele 75

1400 mg x 100 tablets

8.

52.80

2) eye drops

1 per day

10

117.40

Dr. MARHABA
M. ACHOUR
Société A.C.H.O.U.R - Casablanca
des F.A.R - Casablanca
Tél. : 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69
N° Lot : 586
Fab. : 01/2022
Per. : 01/2025
P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)

LOT 211148
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

Dr. Ilham KHIZANI
RHUMATOLOGUE
Tél.: 05 22 81 29 55

28 bis, Bd Moulay Idriss 1er (en face Régie des

28، مكر شارع مولاي ادريس الأول - الدار

Tél.: 05 22 81 29 55 - Fax : 05 22 81 29 55