

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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° W21-662250

136856

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12540 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUNTASSIR YASSINE

Date de naissance : 29/08/1986

Adresse : 15 NASSIM RES LES CHAMPS 3

Tél. : 0667433443

Total des frais engagés : 420,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/2022

Nom et prénom du malade : Yassine Mountassir

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
6/5/22	C		15000	INP : INPE ALGER 31 Dr. Zineb AMANE Médecine Générale Residence PANORAMA, Rue Abou Bakr Al Qadri Immeuble B Appartement 4 1 Etage Sidi M'zouit / Casablanca Tél : 242 520 20 87 86 Zineb AMANE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIAD ADEL Dr FERMAS Abdelh Riad Att. GH8 Bis MM 12 Riad Att. 31, S. S. Casablanca Tel/Fax 05 22906560 Tel 003025805000050 INPE:092058185	06-09-72	270,60

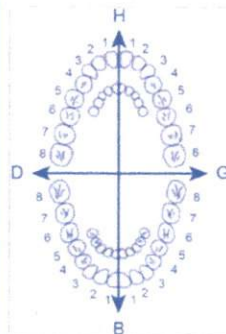
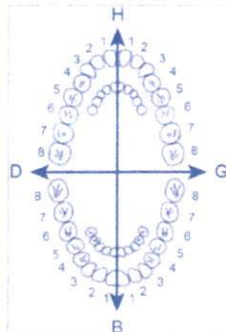
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D 00000000</td> <td style="text-align: left;">G 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D 00000000	G 00000000															
35533411	11433553															
B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zineb AMANE

Médecine Générale

Médecine du travail et d'ergonomie

Diplômée de l'Université de

Rennes France



الدكتورة زينب امان

الطب العام

دبلوم طب الشغل و الأرنوميا

من جامعة «رين» بفرنسا

Casablanca, le 6/05/22 في الدار البيضاء ،

Yasmine Mantassir

LOT 227070
EXP 04 24
PPV 154.60 DH

PHARMACIE RIAD SOFIA
Dr. F. RIMAS Abdelilah
Rce Riad Atlas GH8 Bis MAN 12
MAG 2 Et 3 Lissasfa Casablanca
Tel/Fax 05 22 09 50 00
ICE 003028895000050
INPE-092098185

154.60

olipen 100

PPV 40,00

1 sachet

3x4"

pd 8j

pu d'un 100

3x4"

le 20/05/22

Do a'vax spray

pd 17j

Dr. Zineb AMANE
Médecine Générale
Rue Abou Bakr
PANORAMA Immeuble 8 Appartement 4
Casablanca 208206
Tél: +212 5 20 20 87 86 - IF 18774893

Résidence PANORAMA, Immeuble 8 Appartement 4, Casablanca

إقامة بانوراما، شارع أبو بكر القادري، عمارة رقم 8 الشقة 4، سيدي معروف الدار البيضاء

Tél : +212 5 20 20 87 86 - IF 18774893

76-
Pr. S. S. S.
270.60



BIOFAR 12 VIT 12 MINERAUX CP B	
PPC : 76.00	
Ut Av	Lot :
02/2025	2056/3

Dep. de l'Etat

PHARMACIE RIAD SOFIA
Dr. FERMAS Abdellah
Rce Riad Atlas GH8 Bis MM 12
MAG 2 Et 3 Lissafa Casablanca
Tel/Fax 0522909500
ICE:003028895000050
INPE:092098185

Dr. Zineb AMANE
Medecin Generale

Residence PANORAMA Rue Abou Bakr
Al Qadri Immeuble 8 Appartement 4
1 Etage Sidi Maarouf Casablanca
Tel +212 5 20 20 87 86