

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

N° W21-776959

247039

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERHOUNI SOFIA

Date de naissance : 01/12/1987

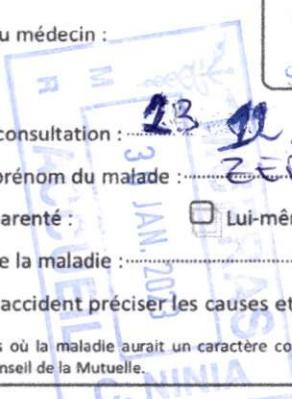
Adresse : RES. SUN SQUARE 2IM 8 Appart 19 ALMAZ CASA

Tél. : 0662123142

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



10 022 2471 94
Belvédère - Casablanca
57 Rue Sidi Massa
Docteur Fouzia ALASS

Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : ZERHOUNI Sofia

Age : 36

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 : CASABLANCA

l'adhérent(e) : Sofi

Le : 13/12/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SUN SQUARE Almaz S.A.R.L Dr. Amrani Walid Docteur en Pharmacie Mag N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz, Rocade Sud Ouest - Casablanca I.E.F. 526002/16 - Patente : 32966029	13/11/2022	107, 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

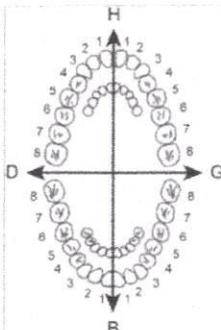
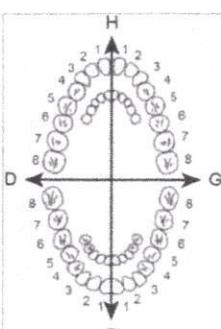
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouzia ALASS
Pédiatre

Diplômée de la faculté de médecine de Paris
Spécialiste des maladies des enfants
et nouveaux nés

Ancienne assistante des hôpitaux de Paris
Diplôme d'université d'Endoscopie
Digestive et Proctologie Pédiatrique



الدكتورة فوزية العاص

طب الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

طب الجهاز الهضمي

Casablanca, le

13. 12. 2022

الدار البيضاء، في

Zerhouni Sofia

55,70

٣) Azimyline 500 mg

2 cm et 1/2

S.V

à 6 jours

29,00

٣) Nosefin

2 doses 23 mg 1/2 heure plus -

S.V

22,50

٣) Bronfen 2 cm

21. 12. 2022

107,20

S.V

PPV 55DH70 LOT 250033
EXP 10/2025

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL
Dr. Amrani Walid
Docteur en Pharmacie
Mag. N°218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade Sud-Ouest - Casablanca
IF : 52600216 - Patente : 32966029
ICE : 003107360000072 - CNSS : 4298331

57 RUE SIJILMASSA
Belvédère - Casablanca
Docteur Fouzia ALASS