

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

- Reclamation : 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.

M22- 0044981

Λ 49022

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0856 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZIDANI Abdellah

Date de naissance : 04-08-1949 à Casablanca

Adresse : Rue 2 Villa 37 groupe W EL OULEFA

HAY ELASSANI - CASABLANCA

Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 306,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2023

Nom et prénom du malade : ZIDANI Abdellah Age : 83 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Scl de Sylphén + terrain d'autres malades

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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 : 06/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : Zidani Abdellah



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
06/02/23	CS		€	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DU NIL 451 Bd. Oum-Rabbi Sultta - Casablanca	06/02/2023	30660

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with upper teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8 and a specific dental symbol (e.g., \mathbb{U} , \mathbb{V} , \mathbb{H} , \mathbb{W}) positioned above it. The teeth are arranged in a curve, starting from tooth 1 at the bottom center and curving upwards towards the top left and right corners.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Le 06.02.23

ZIDANI Abdelgahil

1) Pratex Syf

1cp 1J

à de 3 mois

2) Crestor 10mg cp

1cp 1J

à de 3 mois

3) Janumet 50/850 mg

1cp 1J

à de 3 mois

4) Plaqenil 200 mg

50/10+6/3066 cp

1cp x 2 1J

70

HARMACIE DILMEL
451, Bd. Oum-Rabbi
Oulfa - Casablanca

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E001V
PER.:04 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E002V
PER.:08 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E002V
PER.:08 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E002V
PER.:08 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E002V
PER.:08 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E002V
PER.:08 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
LOT : 21E002V
PER.:08 2024

Dr. Soltani Chaymae
Médicine interne
CHU Ibn Rochd Casablanca



valable 3 mois

Le 06/02/2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *ZIDANI Aïda Elgati*

Présente *Un Sd de Stéphane + Terrain d'athérosclérose*

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 mois*

*travates 5mg : 1cp/j - crastor 10mg : 1cp/j - Janumet 50/850
1cp/j - olasent 200mg : 1cp/2j*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*Drs. Dr. Dr.
Médecin en charge
Cherif Rochdi
Casablanca*