

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0914

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

NMISSA Med

Date de naissance : 01-06-44

Adresse : Hay Rassoul Al Abdellah Rue 189 N°8 Aïn Chok Casablanca

Tél. : 0529844485 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

~~Dr SARARA ZAKARIA
Médecin Général
Residence Al Irah 1 April 04
Escalier 30 Bd Al Qods 1er Etage
Ain Chock Casablanca~~

Date de consultation : 27/01/2023

Nom et prénom du malade : NISSA MOHAMMED

Age : 78

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Bronchite - Suis. infectie

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 : 28/03/2023 Casablanca

Le : 28/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAMILIALE INARA N° 15 Casa - Tél: 0529 294 00 SARL AU M. Abdellah Rue 187	07/01/03	1270,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and various symbols placed around them. The top teeth are labeled 1 through 8, and the bottom teeth are labeled 8 through 1. Symbols include circles with 'X' marks, circles with 'Y' marks, and circles with 'Z' marks. Arrows point from labels D, H, and C to specific teeth, likely indicating directions for orthodontic movement.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Zakaria GARARA

Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence
Echographie - Electrocardiogramme

الدكتور زكرياء غرارا

طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات
الفحص بالصدى - تحفيظ القلب

Casablanca 27 JAN 2023

Ordonnance

Mr NMISSA MOHAMMED

59. W
AMOXIL 1 G COMPRIMÉ DISPERSIBLE BOÎTE DE 10
1cp x 2/jr pendant 6 jours



PPV : 55.00 DH
LOT : 651036
PER : 08/24

32.62
MUXOL 15MG/5ML (0.30 %) SOLUTION BUVABLE
ML
1 cas x 3/ jr pendant 5 jours



PPV (DH) :
LOT N° : 32 DH 60
UT. AV. :

LOT : 4114
PER : 12 - 25
P.P.V : 36 DH 40

32.62
KOPRED 20 mg cp effe
2 cp / jr pendant 5 jours



W6. W
STIMOL 1 G/10 ML SOLUTION BUVABLE BOÎTE DE 20 AMPOULES
DE 10 ML
1 amp x 2 / jr pendant 3 semaines



LOT: 0410
PER: 07 2025
PPV: 46.00DH



05 22 52 26 67

en cas d'urgence

06 60 70 91 21

05 22 21 87 78

Résidence Al Fath 1 Appt 04 Escalier 30 Bd
Al Qods 1er étage - Ain Chock, Casablanca

dr.garara.zakaria@gmail.com