

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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- 0050885

17428

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZIAGAMI Abdellatif

Date de naissance : 04-08-1949 à Casablanca

Adresse : Rue 2 Villa 37 étage W EL OULFA - Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 1018,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:



Date de consultation : 05/01/2023

Nom et prénom du malade : ZIAGAMI Abdellatif Age: 77

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ATYPICAL

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 : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant déboursé des Honoraires	Reçu et signature du Médecin au sujet de la facture et le paiement des Actes
05/09/23	Q		200,- INP: 0912	Mustapha FATHI Praticien de Neurologie et Maladies du Rein L'Hermitage, Allée des Malades, 22200 Rennes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/2023	818,72

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from a front-on perspective. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing specific dental positions or landmarks. The numbers are distributed as follows: the upper row has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8; the lower row has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, and 1. An arrow labeled 'D' points to the left, indicating the direction of the dental arch, while another arrow labeled 'G' points to the right.

(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

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

ZIDANI Abdelfatip

Matricule :

0856

N° CIN :

B69933

Adresse :

Rue 2 Ville 37 groupe N ELOULFA
CASABLANCA

Bénéficiaire de soins :

Adhérent

Conjoint

Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : DR FATIHI El Mustapha

Spécialité :

INP: 091064238
Dr. El MUSTAFA FATHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. l'Hermite et Allée des Casablanca - Casablanca
02.86.30.30 - 02.86.12.12 Fax : 02.86.59.73

N° ICE : 001842645000028

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ZIDANI Abdelfatip

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- Vasculite de DICA
- insuffisance rénale

Dont ci-joint ordonnance :

Treatment - Goutard 5.

Spiralizine, Magistral 20.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le 13/09/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

05/09/2023

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



CENTRE
D'HEMODIALYSE
DES MALADIES RENA
ABDELMOUMEN

مركز تصفيه الدم و أمراض الكلى عبد المؤمن

Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales . Ech

الدكتور عبد العزيز الشرايبى
Abdelaziz CHRAIBI

12,90 x 6 GED

use
ine de Paris

122,10

122,10

الدكتور المصطفى

Dr. El Mustapha FATHI

Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein-Dialyse

122,10

sablanca, le : 5/9/23

نـ: fidari AS del jih



1 Trizatex →

122,10 + 3 = 125,10

366,30

68,00

22,60

36, Angle Av. l'Harmattan et Allée des Cassiopées - Casablanca
Tél.: 022.56.39.30 / 022.56.32.32 Fax.: 022.56.59.73

Dr. El Mustapha FATHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse

21 Cataracte

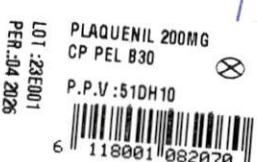
31 22,200

12,90 x 6 = 77,40

39,66

81,80

21 Plaque



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Plaquinil 200mg b30 cp
P.P.V. 51,10 DH



Dr. El Mustapha FATHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. l'Harmattan et Allée des Cassiopées - Casablanca
Tél.: 022.56.39.30 / 022.56.32.32 Fax.: 022.56.59.73

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاسيوي - الدار البيضاء

الهاتف : 0522863030 - 0522861212

CNSS : 2599639 - PATENTE : 3454303 - I.F : 20725614 - RC: 366913 - INP 090000886 - ICE : 001842645000079

URGENCES 24h/24: 0661180003

E-mail : azizchraibi055@gmail.com - efathihi@yahoo.fr

