

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.

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

777303

Déclaration de Maladie : N° P19-0017388

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 722

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

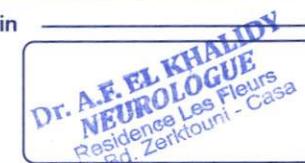
Autre :

Nom & Prénom : IL ILI SAID Date de naissance : 01-12-1949

Adresse : Cité oulad Ziane app 15 mm H casa

Tél. : 0659808360 Total des frais engagés : 7535,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 SEP 2023

Nom et prénom du malade : IL ILI SPID

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie : Parkinson

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 : 25/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

IL ILI

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
19 SEP. 2023	02		300 DH	<i>DR. A. F. EL KHALIDI DENTISTE - RADILOGUE Residence les Fleurs 59, Bd. Zekkouri - Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE JAHANE HAZOUANI - via Ep. BSIRI Centre Commercial Cité Ouled Ziane Casablanca Tél.: 0522 60 55 15</i>	19/09/23	311 F 7235,60 F

INPE: 092035567

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

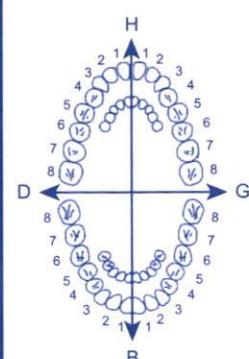
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

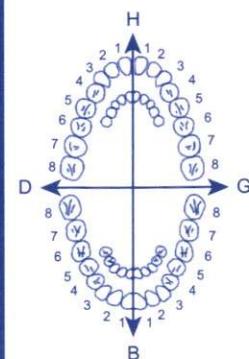
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

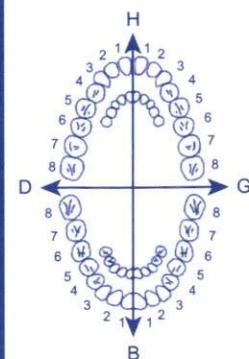
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

Dr. EL KHALIDY A. FARID
NEUROLOGUE

Ancien Maitre Assistant
 au CHU, Ibn Rochd - Casablanca

“ Résidence les Fleurs “
 59. Bd. Zerkouni - CASABLANCA

Tél. { 05 22 20 19 63
 05 22 27 91 37

الدكتور الخالدي أحمد فريد

اختصاصي في أمراض الجهاز العصبي والعضلات

أستاذ مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي
أبي رشد بالبيضاء

«إقامة الزهور»
 59. شارع الزرقطوني - الدارالبيضاء

05 22 20 19 63 }
 05 22 27 91 37 } الهاتف

19 SEP. 2023

Casablanca, le :

PHARMACIE JIHANE
 RHAZOUANI Nadia Ep. BSIRI
 Centre Commercial Cité Ouled Ziane
 Casablanca
 Tél. 0522 60 55 15

أ. إلبي سعيد

321,00 C Stalev 50
 x 21,00 25 + 1/4 x 5 1.450,00

298,00 ② 200per 250
 1/4 x 6 1/4 + 1/4 14,00

38,30 ③ Algenil 1/2 500
 x 2 76,60

2235,60

on 3 on 3 on 3



LOT 230359
 EXP 02/2026
 PPV 98.30 DH

98,30

STALEVO 50/12,5/200 mg O
Boîte de 30 comprimés pelliculés
PPV : 321,00 DH

⇒ x 21 Ged

