

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10220

Société : RANA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EZZIAAF RACHID

Date de naissance :

11/71

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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 auroit 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 :

"adhérent(e) :

Le : / /

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux	
		H D	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>	<input type="text"/>
					<input type="text"/>	<input type="text"/>
VOLET ADHERENT		NOM :			Mle	
DECLARATION N°	W18-377510					
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes				
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois						
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle						



W18-377510

DATE DE DEPOT

..... / /201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle

Nom & Prénom : *SAID BEN HADIA*

Fonction : *Orphéoniste* | Phones :

Mail :

MEDECIN | Prénom du patient *SAID BEN HADIA*

Adhérent Conjoint Enfant Age *1982* Date

Nature de la maladie : *Torticicelle* Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Consult</i>	<i>5</i>	<i>250</i>

PHARMACIE | Date *09/09/2021*

Montant de la facture : *399,90*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES | Date *09/09/21*

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
<i>250</i>	<i>250</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX | Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Dr Abdellah ABOU TIKA
Orphéoniste - Thérapeute
Av. 10 Mai - Casablanca
Sidi Othmane - Casablanca
Tel : 05 22 59 53 35

Dr BENHADIA FADWA
Pharmacie du Metro
28 Bd Al Wadha al Ifriqi
Tel : 0522 66 66 83

Docteur Abdellah ABOU TIKA
Orphéoniste - Thérapeute
Av. 10 Mai - Casablanca
Sidi Othmane - Casablanca
Tel : 05 22 59 53 35

Dr. Abdelghani Aboutika

Orthopédiste - Traumatologue
 Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest - France
 Ancien Attaché aux Hôpitaux de Brest
 Microchirurgie - Chirurgie de la main
 Arthroscopie



Casablanca, le.....

الدكتور عبد الغني أبو التقى

إختصاصي في أمراض وجراحة العظام
 خريج كلية الطب ببريس - فرنسا
 ملحق سابق بمستشفيات بربست
 الجراحة بالمجهر - جراحة اليد - الجراحة بالمنظار

09.09.21

E33A1-AF Fath Zarka

Dr BENHADIA FADWA
 Pharmacie du Metro
 38, Bd Al Wahda al Ifriqiya
 Tel: 0524 56 66 83

660 - Diprostone 2 g (jeudi - vendredi - samedi)

115,00 - Bicifloz gel 3g (jeudi - vendredi - samedi)

47,80 - Dagen 1c x 3 (jeudi - vendredi - samedi)

20,90 - Vitamine D3 Bon Day in bar (jeudi - vendredi - samedi)

99,00 - Progynone 1c liq (jeudi - vendredi - samedi)

115,00 - Strenex 1c liq (jeudi - vendredi - samedi)

PPV :
 EXP :
 Lot N° :

Off. 10 Mars
 Av. 10 Mars
 Sidi Othmane

ZENITH Pharma
 AMM N° 171/16 DMP/21/NP/R

6 118001 272228
 PPV : 20.90 DH

MB773 1123
 LOT _____
 Prix 99.00

شارع 10 مارس - ساحة العمالة - المركز الطبي سيدي عثمان - الطابق الأول

Avenue 10 Mars - Place de la Préfecture - Centre Médical Sidi Othmane 1^{er} étage

Tél.: 05 22 59 58 35



611 800115 013 7
DIPROSTENE 1 Seringue
P.P.V : 58,80 DH
AMM 2350MP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

Docteur Abdelghani Aboutika

Orthopédiste-Traumatologue

Diplôme de la faculté de médecine de Brest-France

Microchirurgie de la main

Arthroskopie

Docteur Abdelghani ABOUTIKA
Orthopédiste - Traumatologue
Sidi Othmane - Casablanca
Tel : 05 22 59 58 35

Casablanca, le 09.09.21

Note d'honoraire concernant

M^r EZZAHAF Fathia Zahra

de la radio

du 09 09 21.

A été perçu la somme de

150 dir. m.

Avenue 10 Mars-Place de la préfecture-Centre Médical Sidi Othmane 1^{er} étage

Tél : 05.22.59.58.35

Docteur Abdelghani Aboutika
Orthopédiste-Traumatologue
Diplômé de la Faculté de Médecine de Brest
Ancien Attaché aux Hôpitaux de Brest
Microchirurgie-Chirurgie de la main
Arthroscopie



Casablanca. Le 09.09.21

Compte rendu de la radio graphie de

..... grande et petit oeil (F)

de M 533 AHA F Sadiqzahne

Rx radiologie Verte

Avenue 10 Mars-Place de la préfecture-Centre médical sidi Othmane 1^{er} étage
Tél : 05.22.59.58.35