

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 canaux, 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 canaux.

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0037024

94436

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11721 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAKANY ABDEL-ILLAH
Date de naissance : 3-12-1974
Adresse : Résidence Ridel, Omaria Ridel 8
APT 02 HAY CITOUHA
Tél. : 0663472262 Total des frais engagés : Dhs

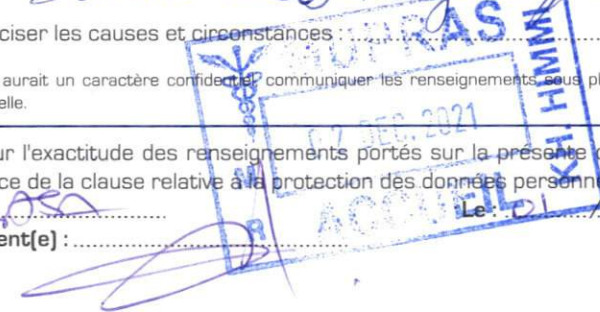
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01 SEP 2021
Nom et prénom du malade : ZAKANY ABDEL-ILLAH Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Goutte et gêne pharyngée
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

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
01 SEP. 2021	GO		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

002019196	1/9/2021	152,50
-----------	----------	--------

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

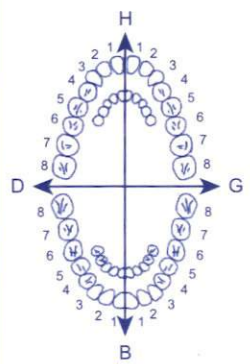
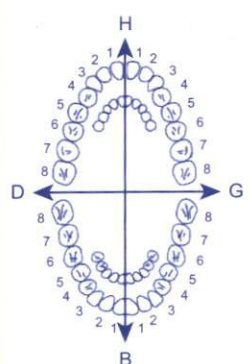
--	--	--	--	--	--	--

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur Brahim EL WAFI

SPECIALISTE EN O.R.L.

Maladies et Chirurgies du :

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous



الدكتور إبراهيم الوافي

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le 01 SEP 2021 في الدار البيضاء،

ZAKANY ABDEL-ILLAH

39,00

- Ineso 2s

21,80

1 gel le soir

pd 1 mois

- Polystes A

25,50

4 gels 3 x 1 dans les 2 oreilles pd 4j

- Topique gel

39,70

1 application 2 x 1 dans les 2 oreilles pd 7j

- Fucidine pomade

26,50

1 application 2 x 1 dans les 2 narines pd 5j

- Médiane

1 ca 2 3 x 1 - pd 8j

- Tanakam (1 boîte)

1 cp 3 x 1 - pd

Dr. Brahim EL WAFI
Spécialiste en O.R.L.
Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage
(Face marché aux Fleurs) - Casablanca
Tél: 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44

عمارة الرضا - 52 شارع الزرقطوني - الطابق الأول (أمام سوق الورود) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - الفاكس: 05 22 22 61 77

Espace Erreda - 52, Bd Zerkouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél.: 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - Fax: 05 22 22 61 77

152,50

Ineso 20 mg
7 Gélules
Deva Pharmaceutique

6 118000 410423

Par voie orale

Lot: H0532
PER: 04/2023
PPU: 39,00 DH

Fabriqué par :
Laboratoires Deva Pharmaceutique
U. OUALDI Pharmacieen Resp. Limitée
146-147 Zone Industrielle 18 Meili - Casablanca

Fucidine® 2% crème
Tube de 15 g

6 118000 120582

فوسيدين 2%
كريم أنبوب من 15 غ
39,00

TOPSYNE GEL
FLUCONAZOLE

15,50

TOPSYNE GEL
Gel dermatique, tube de 30g

6 118000 120469

POLYDEXA®
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES

PROMOPHARM S.A.

6 118000 241270

21,80

ADULTES

MEDIBRONC
CARBOCISTÉINE
SIROP EN FLACON

26,50

MEDIBRONC ADULTES
Flacon de 100 ml

Non remboursable AMO

6 118000 020370