

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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

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.

Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-687924

104919

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Ben Addou Idoussi Yousef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2022

Nom et prénom du malade : Ben addou Hamza Age : 17

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Covid 19

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

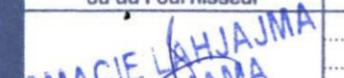
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

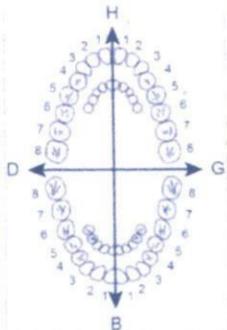
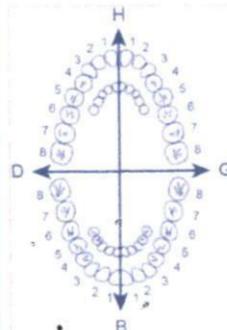
Fait à : Casa Le : 11/01/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
C	C			<p>12100669</p> <p>Dr. SANHAJI Rachid</p> <p>Médecin Chef</p> <p>Clinique Diagnostique</p> <p>du Centre de la Santé</p> <p>Alger</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/01/22	3M.40

[illegible][illegible]

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 de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-top: 10px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 09/2024
LOT 18066 14

20 comprimés effervescents

TÈRE DE LA SANTÉ
DN D'ARRONDISSEMENT
HAY HASSANI/
IP HAY HASSANI

UT.AV. : 12 / 2 x 22

P.P.V.

79 / 70

LOT N° : 128 997 3

Ordonnance

Casablanca, 17/01/2022

UT.AV. : 0 / 2 x 22

P.P.V.

LOT N° : FM3 112

79,70

Liste II - List II - II
لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

FPV : 20,90 DH

Liste II - List II - II
لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

FPV : 20,90 DH

Benaddou idrissi
Hamza



- 79,70 x 2
Zy Ihromax (2 boites)
puis
1 cp 1 1/2 cp pdt 6 j

20,90 x 2

- Vit D₃ Bon 200.000

dos uni que 1 a un poule

Dr.SANHADI Rachida
Médecin Chef
du Centre de la Santé
Sidi el Khadir
Hopital El Hassani

PHARMACIE LAHIA
Nadia ZEMMA

Ang. Bd BOUCHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - Casablanca

Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54

40,90

- Zimaskin

69,00-

- Biofar vita

T = 3 M. 10



PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare - Résidence Taghazout
Casablanca - Tél: 05 22 20 28 67

