

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

Déclaration de Maladie

Nº W21-685552

107620



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5053

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DUAZZANT CHAADI DRIESS

Date de naissance :

26-08-1964

Adresse :

5 lot SEQUOIA Bd ABDELHADJ BOUTALEB

Tél. :

06 61 06 54 14

Total des frais engagés : 1,39,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

09

102 / 2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :
Enfant

Nature de la maladie :

Neurologie

Ganche

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/102/2022



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
le 09/02/22	ca		300,- dh	INP : 00132000 A-L

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BATAILLE EQ 3 09/02/22 JAZEN	09/21/22	139,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

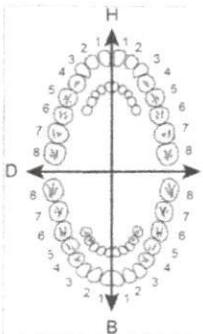
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	INP : []
				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 []

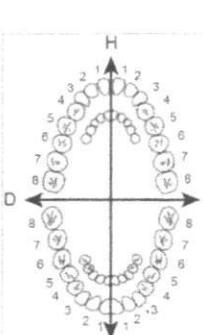


ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



PPV: 52DH80
PER: 08/23
LOT: K827-1

عيادة الطب الفيزيائي والتأهيل

sique et de réadaptation - médecine du Sport

Dr. Mohammed TAHA

Spécialiste
é de la faculté de médecine
le Lille II (FRANCE)

الدكتور محمد طه

اختصاصي

خريج كلية الطب بليل II (فرنسا)

Cass le 08/02/2022

M. OUAZZANI CHAHDI

Driess

(S.V)

PHARMACIE BADIA
EQ 3 ZONE 3 Route d'Assilah
Dar Bouazza Casablanca

86,40

1) Dolicot 90

1 cp /j

le soir après
le repos x 8 j

2) Relaxol

2 cp

deux boute

2 à 3 fois / jour

en respectant le délai de 6h

entre chaque prise x 7 j

3) Prozoflex S.V.

(S.V)

gelule le soir avant
le repos x 8 j

05 22 99 41 43 - 05 22 98 92 64 / 05 22 98 99 94 - الدار البيضاء الهاتف : 05 22 99 41 43 - الفاكس :

6, Rue Ahmed ANNASSIRI - Résidence Ahl Agadir 1er Etage - Casablanca - Tél: 05 22 98 99 94 / 05 22 98 92 64

Tel: 05 22 99 41 43 - GSM : 06 61 31 81 26 - Patente : 34772113 - E-mail : m.taha@wanadoo.net.ma