

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19-0047966

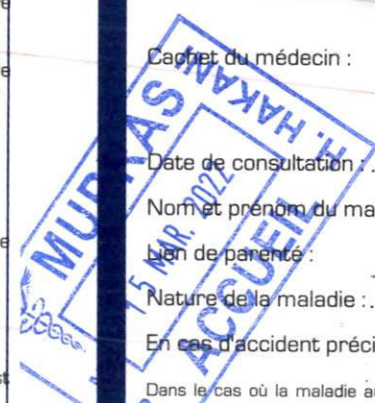
107 832

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948 Société : RAI
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
 Nom & Prénom : AZEDDOU ZINEB
 Date de naissance : 15/01/1947
 Adresse : Rue 14 n°11 Bine laundrone CASA
 Tél. : 06 49 91 99 12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Carnet du médecin : 
 Date de consultation : 04/03/2022
 Nom et prénom du malade : AZEDDOU ZINEB Age : 1947
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Thyroïde HTA Coeur et artères
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

ns générales :

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.

macie :

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.

otique :

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

- ☐ 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.

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

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
04-03 2022	A	1	250.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

04-03
22

04-03
22

1089,20

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 Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

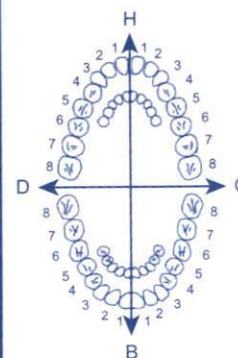
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bi

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXECUTION

DR. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE META

Lauréate de la Faculté de

LOT: 21E012
PER: 03/2024

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML

P.P.V: 17DH70

6 118000 010

الدكتورة كاريو بلقاصي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

PPV: 49,60 DH.
LOT: 21I29
EXP: 09/2024

Mr ATEDDOU Zin

Casablanca, le : 04/03/22

24.70
18.70
22.10
19.60
18.70
15.80
22.70
13.16
22.70

22 le soir
1 le matin - après
1 cp x 3 /
1/2 cp po
1 dose ts
1/2 cp - 2j

Lantus solistes
Diamidon 60
Apo 1000
Deteenel 10
Deure taste
Dimazote 10

DÉTENSIEL® 10 mg
10 comprimés pelliculés sécables
118901 101788
PPV: 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

Pour 4 mois

Eludril snap bon bouche

Dalipene 500 eff.

Rinomicine - solistes

DR. CARIOU

ENDOCRINOLOGIE

119, Bd. BIR ANZARANE

78,70

الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

05 22 99 26 53 - 05 22 23 84

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Port

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E

Saïofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaa Casablanca
Lantus 100U/ml, inj, b5 sty
P.P.V: 744,00 DH

6 118001 061615

119، شارع بئر انزرا
الهاتف

20100 CASABLANCA

CE: 001634169000021