

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-682816

MAISOLE



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 8290	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : SENBALI MUSTAPHA		
Date de naissance : 13/11/1965		
Adresse : HABITACULE		
Tél. : 066 119 29 79	Total des frais engagés : 896,60 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	DR HASSANAIN ABDELAZIZ Medecin Generaliste Bd Reda Guedira N°214 CD Casablanca	
Cachet du médecin	ICE : 001651921000091	
	G.S.M : 06 61 77 02 02	
Date de consultation : 06/04/2022	Nom et prénom du malade : SENBALI MUSTAPHA	
Age : 57		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	Enfant : <input type="checkbox"/>	
Nature de la maladie : DM + HTA + Hémorroïdes		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DR HASSANAIN ABDELAZIZ Medecin Generaliste Bd Reda Guedira N°214 CD Casablanca		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements nécessaires au praticien : G.S.M : 06 61 77 02 02		
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) : 		
Le : 06/10/2022		

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) : 

Le : 06/10/2022

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
06.04.22.C			2000 HTS	INP : 091074518 DR HASSANAIN ADEL AZIZ Medecin Generaliste Bd Peda Guellal N°214 CP

EXECUTION DES ORDONNANCES Casablanca
S.M : 06 61 77 02 02

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CINEMA ANF/ Dr. BENTAYEB Nabil 141 Bis, Bd Sidi Abderrahmane Hay El Hana Casablanca T: 05 22 36 87 62	Salah. 2021	696,60

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. Landmarks include:

- H**: Located at the top center, above the 11 and 21 teeth.
- D**: Located on the left side, pointing to the left.
- G**: Located on the right side, pointing to the right.
- B**: Located at the bottom center, below the 11 and 21 teeth.

[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

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري و الفصص بالصدى من جامعة

مونتيولى بفرنسا

- دبلوم أمراض العظام و المفاصل من جامعة بوردو

- دبلوم في علاج الأشخاص المسنن من جامعة بوردو

- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الهاتف : 05. 22. 55. 64. 60

المتنقل : 06. 61. 77. 02. 02

الدار البيضاء, في

Tél
GSI

Casablanca , le

06.04.2022

Mr SENBALI Mustapha



1 AMEP 5

Prendre 2 comprimés par jour, après le repas, pendant 3

54,30

89,08

2 DIAMICRON 30 MG LM

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 3

12,130

3 CONTALAX C

Prendre 1 com

122,70 x 2

4 DAFLON500

Prendre 2 comprimés le matin, à midi et le soir, pendant 1

19,60

5 HEMOFAST POMMADE

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

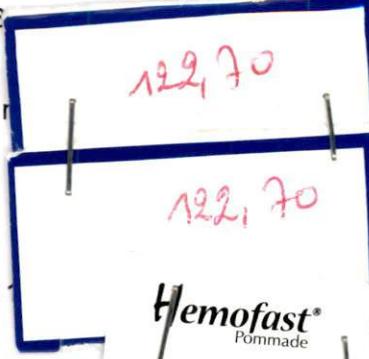
14,50 x 2

6 HEMOFAST SUPPO

Prendre 1 suppositoire le matin et le soir, pendant 12 jours.

696,60

RDV: 06.07.2022



شارع رضى أكديرة (شارع النيل سابق) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

89,00

54,30