

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

- 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

MA6866

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024238

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8203

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMRI HAKANI

Date de naissance :

17/07/1967

Adresse :

Tél. :

0661 07 2243

Total des frais engagés :

305

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdellah
PEDIATRE
57, Rue Omar Slaoui - CASA
Lab. : 0522 27 52 54 - D. : 0522 50 50 04

Date de consultation :

12/03/2022

Nom et prénom du malade :

AMRI YAKOUT

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :
Enfant

Nature de la maladie :

rhumatisme g

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) :

R M 2022

ACCUEIL
H. HAKANI

R M 2022
30 MAI 2022
MUPRAS

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
20/3/22	Q	1	250 DH	 Dr. Abdellatif El Dajati Mar-Saoui CASA T. : 0522 50 50 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

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	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the H-D-G system, which is a 3D grid of numbered points (1-8) arranged in a hexagonal lattice structure. The grid is centered at point H, with points D and G marking the horizontal axes. The points are numbered 1 through 8, with 1 at the top, 2 at the bottom, and 3, 4, 5, 6, 7, and 8 distributed around the central hexagon.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelali ZIZI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
PEDIATRE

57, Rue Omar Slaoui
CASABLANCA
Tél Cab: 05 22 27 52 54



الدكتور عبد العالى الزيزى

أمراض الأطفال والرضيع

57، زنقة عمر السلاوي

Docteur ZIZI Abdelali
05 22 27 52 54 PEDIATRE

57, Rue Omar Slaoui - CASA
Cab.: 05 22 27 52 54 - 05 22 27 50 04

12.03.22

AMRI yAKOUT



1750

1. Exig. Dohi pédiatrique :

7 mois < 31 - ni fièvre -
ni > 37°C.



0.60

PPV: 28.90 DH
LOT: 614388
PER: 06/2022

28.90

3- Exig. Amoxil n° 1

à forte dose 1/1
1/2 - 7



Solviprone 100 : 1/1/6h x 7



PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. S. SOHBI ABOUSETTOUNE
N°22, Le Messmerien du Stade
Hay El Kairouan, Casablanca
Tel: 0322 39 88 73

T = 55.00

Docteur ZIZI Abdelali
PEDIATRE
57, Rue Omar Slaoui - CASA
Cab.: 05 22 27 52 54 - 05 22 27 50 04