

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-722022

121728

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : N276 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ameuroum El Mekkaoui

Date de naissance : 25/12/78

Adresse : 148 rue de Gondre / CGR, ville route

Tél. : 06627311273 Total des frais engagés : 1819,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. H. HAKANI

Date de consultation : 05/07/2022

Nom et prénom du malade : GLIESSOLIS Oum Kelkoum Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Dr. H. HAKANI

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Dr. H. HAKANI

Le : 06/07/22

H. HAKANI

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
05/07/22	5		300. DH	INP : 091165996 Dr. BOUTAYA EL AZIFI Docteur MATOLLOGUE Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Tel.: 05 22 58 19 56/06 02 44 Montant de la Facture
Dr. TIR Abdelaziz Route Mly Thamri t: 0522 90 21	57.62	419.60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																						
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
		MONTANTS DES SOINS																				
		DÉBUT D'EXÉCUTION																				
		FIN D'EXÉCUTION																				
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																			
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
			H		G																	
			25533412	00000000	21433552	00000000																
			D		B																	
00000000	35533411		00000000	11433553																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXÉCUTION																						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

LOT PYC: 198.00DH
C147
2024-03-05
CNK 3259-850

REV. 2020/1/C



الدكتورة بثينة العزيزى

الخصائص في

- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
 - العمود الفقري و هشاشة العظام
 - الفحص بالصدى

3 401020 354451 >

Nom : **Mme GUESSOUS Oum keltoum**

Casa

PPV: 86DH40
PER: 11/24
LOT: K3175-3

NO. 00

NOCICEPTOL GEL

~~L GEL~~

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10 jours

8640

DOLICOX COMPRIME PELLICULE 90 MG BOITE DE 7

5370

1 Comprimé le soir après le repas pendant 7 jours

RELAXOL 500

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT: 21E007W
PER.04/2024

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 7 jours

le re

INEXIUM GR 4 COMPRIME 20 MG BOITE DE 14

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 7 jours

5140

SYNTHEMEDIC
 22 rue zoubier bneu al acuam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr GR
 Bolte 14
 640450MP21NQ P.P.V: 82.100H
 6 118001 020591

الدكتورة بثينة العزيزى
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 66 22 58 19 56/06 02 42 34 52

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادرى، عمارة 4 شقة 6، سيدى معروف

Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, apt 6, Sidi Maarouf

Tél. : 05 22 58 19 56 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com