

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- N° 002375

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5795 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : El Gattaya Abdellah

Date de naissance : 01/01/1958

Adresse :

Tél. : 06 61 73 60 33 Total des frais engagés : 200 + 389,10 + 300 = 689,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12.08.2022

Nom et prénom du malade : KHADIDJ Mouchahid Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Broncho pneumonie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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.

"Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare connaître la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
1708 2022	CS		209	Dr. H. A. KAZMANE Spécialiste PNEUMOPHTISIOLOGUE 5, Avenue Hassan II Mohammadia - Tél. 022 21 247

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LOTISSEMENT CHATEAU NOIR D'AL FATHA RUE JVP 206 208 1187	17/08/2022	289,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. H. A. KAZMANE Spécialiste PNEUMOPHTISIOLOGUE 5, Avenue Hassan II Mohammadia - Tél. 022 21 247	1708 2022	Ap per	209

AUXILIAIRES MEDICAUX

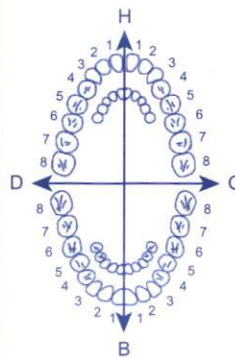
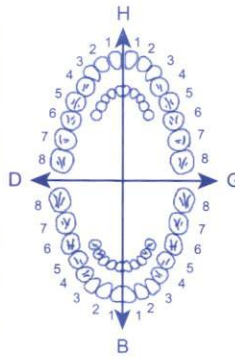
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>													
				Montants des Soins <input type="text"/>													
				Debut d'Execution <input type="text"/>													
				Fin d'Execution <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des Soins <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur.

HADJ ABDERRAHIM KAZMANE

Diplômé de L'Université de Paris

Spécialiste

Maladies des Poumons

Tuberculose - Asthme - Allergie
Exploration Fonctionnelle Respiratoire

5, Avenue Hassan II

(Face de la Gare)

Tél. : 05 23 31 24 71

الدكتور

الحاج عبد الرحيم قزمان

خريج جامعة باريس

اختصاصي في امراض الصدر

داء السل - الضيقية - الحساسية

فحص الوظيفة التنفسية

5, شارع الحسن الثاني

(مقابل محطة القطار)

الهاتف : 05.23.31.24.71 - المحمدية

Mohammedia, le

17-08-2022

KHAN M. Moutenab

32,60

17,50

185,00

Bumoral 200

1 ca 502

Neostat

140
Se flu

2 beps

20 mg

100 mg

17,50

LOT: GB20164

PER: 12/2023

PPV: 185 DH 00

54,00

Dr. H. A. KAZMANE
Spécialiste
PNEUMOPHTISIOLOGUE
5, Avenue Hassan II
Mohammedia - Tél. : 05 23 31 24 71

289,10

PHARMACIE REGHAY
LOTISSEMENT N°8 IMM AL FATHA
BOUZNIK BEN SLIMANE
TEL: 05 23 31 24 71

MANE

aris

ons

gies
piratoire

II

e)

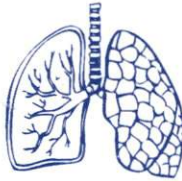
4 71

Mohammedia, le

الدكتور

الحاج عبد الرحيم قزمان

خريج جامعة باريس



اختصاصي في امراض الصدر
داء السل - الضيقة - الحساسية
فحص الوطيفة التنفسية

5، شارع الحسن الثاني

(مقابل محطة القطار)

الهاتف : 05.23.31.24.71 - المحمدية

17 08 - 2022

KAZMANE
17 08 - 2022
Reçu pour
Reçu pour
Généraliste
Bouhassane

Dr. H. A. KAZMANE
Spécialiste
PNEUMOPHTISIOLOGUE
5, Avenue Hassan II
Mohammedia, Tel. 05 23 31 24 71

LOT : 7051

UT. AV: 02 - 25

P.P.V : 32 DH 60

Eumoxol®

Ambroxol ●

Sirop 0,3%

Flacon de 250 ml ●

