

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° 002487

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1934 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAMRANI OMAR
 Date de naissance : 06 07 1977
 Adresse : Habitation
 Tél. : 0661586724 Total des frais engagés : 7039,90 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/09/2022
 Nom et prénom du malade : LAMRANI OMAR Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 Affection longue durée ou chronique :
 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 Le : 28/09/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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
8/8/2022	3	5	6	
12/9/2022	3	5	6	

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
3/8/2022	3	5	6	
2/9/2022	3	5	6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/22	864,90
	INPE : 092007814	

Date	Montant de la Facture
08/08/22	864,90

INPE: 092007814

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
		AM	PC	IM	IV	
						175 D.H

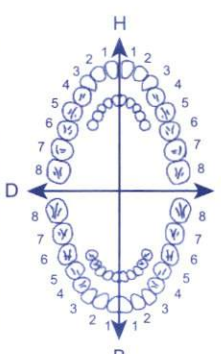
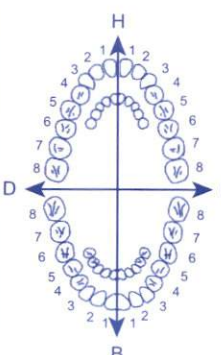
<p>CHERFOUNI H.</p> <p>INFIRMIERE D. 1154</p> <p>Autorisation no 1154</p> <p>Rue Sijlmessa - Belvédère</p> <p>GASABLANCA</p> <p>8/2022</p>	<p>CHERFOUNI HANOU</p> <p>INFIRMIERE D. 1154</p> <p>Autorisation no 1154</p> <p>Rue Sijlmessa - Belvédère</p> <p>GASABLANCA</p> <p>8/2022</p>	<p>175 D.H.</p>
--	---	-----------------

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

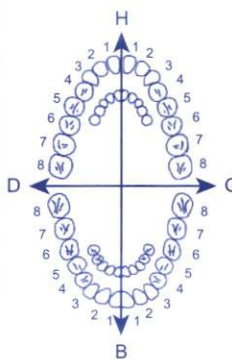
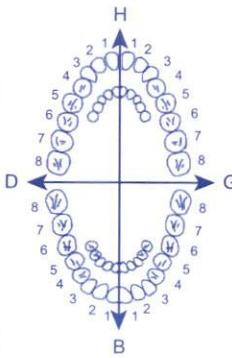
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" 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 style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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				
	<div><div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SEKNAJI NAWAL

Rhumatologue

**Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale.**

Médecine manuelle-ostéopathie.

Echographie ostéoarticulaire.



د. سكتاجي نوال
إختصاصيه في الروماتيزم.
أمراض العظام، المفاصل،
والعمود الفقري.
الطب اليدوي- الحركي
فحص المفاصل والجهاز الحركي بالصدى

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 94,10 DH
5 118001 181605

ode INPE: 091170415

08/08/2022

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 94,10 DH
5 118001 181605

LAMRANI OMAR

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 94,10 DH
5 118001 181605

94,10 DH
• **Methotrexate bellon 25 mg/ml**

12,5 mg/semaine en IM ou SC soit 0,5
ou SC, SOIT CHAQUE lundi, pendant 3 mois

26,20
• **Acof 5 mg**

1 comprimé, par semaine, 48 heures après la prise
METHOTREXATE, chaque mercredi

180,00
• **Razon 40 mg**

1 Comprimé, avant le repas CHAQUE LUNDI

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 94,10 DH
5 118001 181605

عن طريق الفم

LOT : 623
PER : 05/25
PPV : 180,00 DH

Dr. SEKNAJI NAWAL
Rhumatologue

35, Rue Zineb Isnak, Bd Ibn Tachfine
Casablanca - Tél: 05 22 62 62 86
Code INPE: 091170415

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 94,10 DH
5 118001 181605

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim25mg/ml
al b1 mv
P.P.V: 94,10 DH
5 118001 181605

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahat Ben Ahmed
Dr. Mme BENMOUSSA Ouafae
Tél: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

35, rue Zineb Isnak, Bd Ibn Tachfine

Lavillette - Casablanca

Tél: 05 22 62 62 86

e-mail: seknajinawal@gmail.com

35 زينة زينب إسحاق، شارع ابن تاشفين

لافيليت- الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 62 62 86