

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

140668

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 5630 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | AKOZDEM Abdellah |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : 01.01.1959 | | | |
| Adresse : HAY CHRIFFA Rue 01 N° 147 Casab | | | |
| Tél. : 06 85 71 33 64 | Total des frais engagés : 692,90 Dhs | | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Dr OUZIF Mohamed Amine Chirurgien Traumato Orthopédiste n°2 Immeuble 34 Résidence de la Bd Algoz, Ain Chichaoua Téléphone : 05 22 20 45 45 | | | |
| Date de consultation : 20/10/2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : BOUZEKLI ASMAE Age : | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Embolie | | | |
| 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) :

Le : 20/10/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/10/2021 | C7 | | 250 DH | INP : 10192317001 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  PHARMACIE ZAFRA 51 Avenue Hassan II Casablanca Tel: 05 22 52 39 39 | 20/10/2022 | 442,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|----------------------------------|--|------------------|-------------|---|
| | | | | 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 | | | |
| | $H \begin{array}{c} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array} \begin{array}{c} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$ $D \begin{array}{c} 00000000 \\ 35533411 \\ \hline \end{array} \begin{array}{c} 00000000 \\ 11433553 \\ \hline \end{array} G$ <p>B</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. OUZIF Mohamed Amine
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Chirurgie des malades de l'arthrose et Rhumatologiques
- Ostéoporose, PRP
- Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
- Spécialiste en chirurgie de la main et du pied
- Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne
- Ancien Résident de S.O.S main Paris
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Ancien Interné de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)
- Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Egine (Chamigny sur marne)
- Membre de la société française de Traumato-Orthopédie



الدكتور اوزيف محمد امين
اخصائي في جراحة المفاصل و العظام

- امراض المفاصل و العظام
- هشاشة العظام - العلاج بالبلازما
- الجراحة التعويضية - الجراحة بالمنظار
- متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية الطب الصناعي - باريس
- طبيب ساق في مستشفيات اليد بباريس
- طبيب ساق بمستشفى ابن رشد
- طبيب ساق بمستشفى دوبيه بالدوحة
- عضو بالجامعة الفرنسية لجراحة المفاصل و العظام

20 Octobre 2022

Ordonnance
BOUZEKRI ASMAE

Le :

32.00 EUCARON 2 cpx3/j
61,10x2 ULTRALEVURE 5.10
280.00 1 cpx3/j 10 jours puis 5.10
142.20 1 cpx3/j
DIPROSTENE INJ
1 inj / semaine pendant 1 mois
MYDOFLEX CP
1 cpx3/j
BREXIN
1 cp/j
OMIZ 20 MG
1 gelule le matin

PHARMACIE BOULEVARD QODS
SLAOUI HAMDA ZAHRA
54 Boulevard El Qods
Tel: 0522.52.39.39
Casablanca

Dr OUZIF Mohamed Amine
Chirurgien Orthopédiste
Résidence Ryad Al Qods, angle Bd al Qods et Bd Haifa, 1^{er} étage n°6 Ain chock, Casablanca
إقامة رياض القدس، تقاطع شارع القدس وحيفاء الطابق الأول رقم 6، عين الشق، الدار البيضاء
Bd Al Qods 1^{er} étage n°6 Ain chock Casablanca
Tel: 0522.57.06.61 07.14.41

890 11 2021 11 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

LOT 4125A
EXP 06/24
PPV 32DH00

854 10 2021 10 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

LOT: 22122B
EXP: 05/2024
PPV: 280.00DH
bella
Fabricant
Rue E. Ducale
5060 Sambreville