

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-691226

143533

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>2016</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>OUAZZANI CHAHDI MOHAMMED</u>			
Date de naissance : <u>19/09/1970</u>			
Adresse : <u>Desch. Anzala Rue 11124 AP163 H. Itayani CASA</u>			
Tél. : <u>0664973858</u>	Total des frais engagés : <u>70.1,40 DH</u> Dhs		

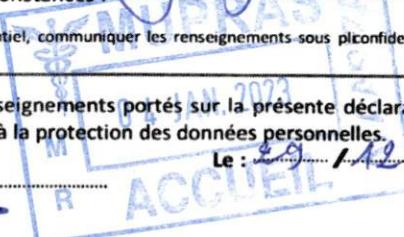
Autorisation RNPD N° : A.A.2015/2023	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Katane Fedona Manal Médecin Généraliste Tél: 0537 84 82 82 Lot. Riad Ezzam 1, Casablanca - Maroc </div> <p>INPE: 061184479</p>		
Date de consultation : <u>23/11/2023</u>	<p>Nom et prénom du malade : <u>OUAZZANI CHAHDI MOHAMMED</u></p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Diabète</u></p>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
<p>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.</p>			

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : OUAZZANI CHAHDI MOHAMMED

Le : 29/11/2023



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/02/2022 C			1500H	INPE 061184479
23/02/2022 C			1500H	Dr. Katane Fedoua Manai Médecin Généraliste Tél: 051 24 67 82 La Goulette El Jadida 1.

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'IMPÉRIAL 609, LOC. AL MOURID, BOUDJERDA 0707111273	23/12/2022	15000 DA ZINEB
PHARMACIE D'IMPÉRIAL 609, LOC. AL MOURID, BOUDJERDA 0707111273	28/12/2022	2900 DA ZINEB

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'UDF.

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.O.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
				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													

Le : 23/12/2011

INPE: 061184479

PHARMACIE D'ADAMSKY
B.D'ADAMSKY 609, LOT A
TÉL 07 11 74 36

ORDONNANCE

ORDONNANCE
Quatzaïi Chalidjim

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3436

220471
2025-06

PPC: 89,50 DH

PPV: 109DH03
PER: 11-25
LOT: L 3623

Lot. 3640
Per.: 03 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20

XALACOM COLLYRE 2,5ML
P.P.V. 89DH50

6 118001 170340

6) 4910 Maxillobase 500g, DR 1^{er} Bioxylose
100% x 2 1/2

Dr. KATANE FED
Médecin Général

Tel: 0537 84 8
Lot. Riad Essaouira
Imm. 1, Gm 1 App. 6 - Bouznika

40,00

451,70

PHARMACIE ARRABHISSA
Dr. BEN ADADA ZINC
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika.
Tél.: 07 07 11 74 36

PHARMACIE ARRABHISSA
Dr. BEN ADADA ZINC
INPE: 062111273
609, Lot. Al Woroud, Bouznika.
Tél.: 07 07 11 74 36

Le: 28/01/2022

INPE: 061184479

ORDONNANCE

PHARMACIE ARRRAHIK SARLAU
Dr. BEN ADADA ZINEB
609, Lot. Alworoud, Bounika
Tél.: 07 07 11 74 36

PHARMACIE ARRRAHIK SARLAU
Dr. BEN ADADA ZINEB
609, Lot. Alworoud, Bounika
Tél.: 07 07 11 74 36

PHARMACIE ARRRAHIK SARLAU
Dr. BEN ADADA ZINEB
609, Lot. Alworoud, Bounika
Tél.: 07 07 11 74 36

Dr. Khatane Fedoua Manal
Médecin Généraliste
Tél.: 0557 94 94 22
Lot. Rihel Espalais
Tél.: 0557 94 94 22

LOT: 144
PER: FEV 2025
Prix: 32 DH 50

Mr. Djellal Djedid Mohamed
67,20
Daijou 38,50
Igel Vr. Boulmou
38,50
Diphosone 05 grs
Iaff. Vr. 05 grs
05 grs

09,10