

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

- 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° W21-707396

143894

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *JACIR. Ziad*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

706,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *DR AZMANI NIAZI*



Date de consultation : *04/01/2013*

Nom et prénom du malade : *M. Dr. Kin Nofarad*

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *à nezant*

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 : *04/01/2013*

Signature de l'adhérent(e) : *JACIR*



RELEVE 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
06/10/2013 2013	CS		250	INP : 55412838
06/10/2013 2013	Refaite - Révision des Doct	100		MANI N AZMANI N Médecin habilité à Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/01/2023	56,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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"/>															
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25633412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25633412	21433552	D	00000000	00000000				G	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25633412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G	35533411	11433553																	
B																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

**Docteur AZMANI Nidál
RHUMATOLOGUE**



- Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
 - Spécialiste en Maladies Rhumatismales
 - Diplômée en Pathologies Rachidiennes
(Université de Bordeaux - France)
 - Osteoporose
 - Arthrose
 - Echographie Articulaire
 - Rhumatologie Interventionnelle
 - Biothérapie
 - Ancienne Médecin au Service de Rhumatologue
CHU Ibn Rochd

الدار البيضاء، في : 04/10/2023 : Casablanca, le :

- أخصائية في أمراض العظام والمفاصيل والروماتيزم
 - أخصائية في أمراض الروماتيزم
 - حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري
 - كلية بوردو - فرنسا
 - هشاشة العظام
 - الفحص بالصدى للمفاصيل
 - التدخلات الطبية على المفاصيل
 - العلاج بالأدوية البيولوجية
 - طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Mr. S. K. N. M. P. - d

٦٦,٦٦
١) D: ρ norte
 $P \leftarrow T$

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >

Dr. AZMANI Nidal
Rhumatologue
Boulevard Oum Rabbia 2ème étage
Tunis - Tunisie

٩- شارع أم الريان، الطابق الثاني رقم ٦ - الألفة - الحسني - الدار البيضاء

📍 193, Bd. Oum Rabii, 2ème Etage N°6 - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

① +212 520-344424

@ nidalazmani@gmail.com

Docteur AZMANI Nidal

RHUMATOLOGUE



الدكتورة أزماني نضال
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم

- أخصائية في أمراض الروماتيزم
- حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري (كلية بوردو - فرنسا)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- التدخلات الطبية على المفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

FACTURE

DATE :04/01/2023

Patient(e) : Mr JAKIR MOHAMED

ACTE (S)	PRIX EN DH
CONSULTATION	250
INFILTRATION ECHOGUIDEE DOIGT A RESSAUT	400
TOTAL	650

Dr. AZMANI Nidal
Rhumatologue
193, Boulevard Oum Rabii 2ème étage
N°6, Hay Hassani - Casablanca

193 شارع أم الربيع، الطابق الثاني رقم 6 - الألفة - الحي الحسني - الدار البيضاء
193, Bd. Oum Rabii, 2ème Etage N°6 - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

© +212 520-344424

@ nidalazmani@gmail.com