

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-784330

247448

Ma 1
Praticien

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 16116 | Société : | Retraité RAM adhérent |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | Retraité |
| Nom & Prénom : KARIM Mohamed | | | |
| Date de naissance : 01/01/1953 | | | |
| Adresse : LOT NASSIM N° 304 HAY NASSIM Casablanca | | | |
| Tél. : 0603671198 Total des frais engagés | | | |

| | | |
|---|---|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | |
| | Cachet du médecin :  | |
| Date de consultation : 04/05/23 | Nom et prénom du malade : Mr Karim Mohamed | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint | Age : 69 | |
| Nature de la maladie : Maladie Renale Chronique Dialyse | | |
| 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 : 01/01/23

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

| 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 |
| 04.01.2023 | | | gratuit | INP |
| | | | | Assur'Zéro, Rendez-vous d'Oasis, 1 Rostand, 0522779950 |

ADHERENT

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées (check boxes for treated teeth) | Nature des Soins (check boxes for nature of treatments) | Coefficient (check boxes for coefficients) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX , <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ODF PROTHÉSES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</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 colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 35533411 | | B | 11433553 |
| | | | | H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

Casablanca, le : 04.01.2023

M. Karim M. Driss



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

- 1) Sot. 00
Veno. fer Alat S.V.
L'apertur IV fu dialyse
Lous le remaine S.V.
UG. 60
a) Cure Forte
1 pose tous 6 15 jor
- 3) Calan de a
Isachet x 21
Cavacil V reper
- 29, Rue Edmond Rostand Oasis
Centre de Maladies Rénaliennes et Néphrologie
Al Hayat OASIS DIALYSE
- PHARMACIE H₂O
326, Lot. N. Nassim, Quartier NASSIM
MA-21400 CASABLANCA
Tel/Fax: 05 22 89 05 00
www.ph2o.ma

T 3 556.60

Venofer® 100 mg/5ml

Solution injectable ou concentré pour solution à perfuser
Boîte de 5 ampoules de 5 ml



P.P.V:507,00DH

6 118001 310152

Distribué par FMC Pharma Afrique
Jardin d'entreprise de la technopole de Nouaceur
Pharmacienne Responsable : Dr. Safaa MOUKHLIS
AMM N° : 323/17 DMP/21/NRQr

16

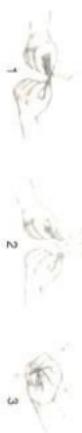
PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

Solution huileuse buvable

Fabriqué par : 

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique

6 || 18001 || 320103



Periodontitis



100 000 ₪ תשליך

၃-၂၂၁။ နှေ့



137767