

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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- 0027986 148678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2280

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHOUKRY REDOUANE

Date de naissance :

11/04/1953

Adresse :

Tél. : 06 77 94 56 63

Total des frais engagés : 263,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/12/2019

Nom et prénom du malade :

CHOTERRY REDOCANE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HBP

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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 : Berrechid

Le : 23/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mosquée Riad Dr. Sihem TAMIR N° 1-2 Mosquée Riad Riad (A coté du Stade Sportif) Dammac. 22 22 22	23/12/13	263.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 carnaïires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) in each quadrant. The quadrants are labeled: D (left), P (posterior), H (right), and G (anterior). The teeth are arranged in a curved pattern, with numbers indicating specific tooth positions. The posterior teeth (P) include upper molars 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8, and lower molars 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The anterior teeth (G) include upper central incisors 1, 2, upper lateral incisors 3, 4, upper canines 5, 6, and upper first molars 7, 8. The lower arch follows a similar pattern with teeth 1 through 8.

VISÉ ET SACHET DU BRÉVETÉ ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur EZALDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques
Rétention d'urine ● infections urinaires
Dysfonction érectile ● éjaculation précoce
Enurésie ● Criconcision ● Hérmaturie
Douleurs testiculaires



الدكتور الزايد نبيل

أخصائي في جراحة الكلى والبروستات
المسلال البولية والتتناسية

- عسر التبول و التقيحات البولية
- الضعف الجنسي و القذف السريع
- ختان الأطفال و التبول الإلارادي
- حالات وجود الدم في البول
- ألم و أورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid, le : 28/12/2022

Mr CHOUKRY REDOLANE

153,30

Permixon 160mg

153,30

109,70

Contiflo 50,4 mg x 11 = 1 mois.

1, 263,00

الرجل العربي
محل مساجد الرسائل
Pharmacie Mosquée Riad
Dr. Siham TAMIR
N° 1-2 Mosquée Riad
Riad / Accès du pont Sidi M'hamed Berrechid
Tél / Fax: 05 22 33 66 22

CONTIFLO® D

PPV: 109DH70

30 gélules à libération prolongée

Voir notice

0.4 mg

Dr. EZALDI NABIL
جراحة الكلى والبروستات
المسلال البولية والتتناسية
Chirurgien Urologue - Andrologue

Dr. EZALDI NABIL
جراحة الكلى والبروستات
المسلال البولية والتتناسية
Chirurgien Urologue - Andrologue

40 شارع عبد الرحيم بو عبيد، الطابق الأول (قرب إعدادية ابن خلدون) تجزئة تيسير 2 - برشيد

الهاتف : 05 22 03 05 35