

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

- 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.



ISMAIL Déclaration de Maladie

N° W21-767247

AS1313

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9378

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

B.Ziori Ram Elfid

Date de naissance :

31/01/66

Adresse :

0661357688

Tél. :

Total des frais engagés :

200,-

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZAHIR Mohamed Amine
N° 101 Angle Bd. Cadi Ayad & Bd. Sidi
1er Etage Sidi MAAROUI
CASABLANCA Tél. 01 22 54 32

Date de consultation :

30/01/2023

Nom et prénom du malade :

B.Ziori ISMAIL

Age: 19

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

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'at~~ti~~ médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 30/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-767247

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

ISMAIL
Matricule : 9378
Nom de l'adhérent(e) : B.Ziori
Total des frais engagés : 200,-

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

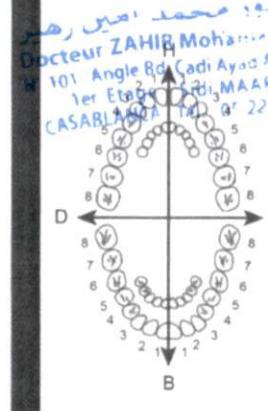
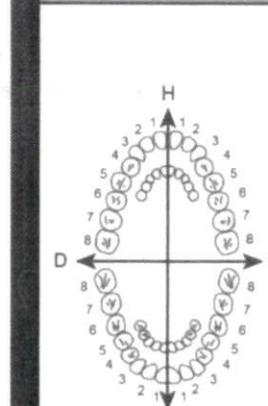
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <u>INPE: 094189909</u>
	<u>Consultation</u>	<u>Gratuité</u>		<u>COEFFICIENT DES TRAVAUX</u>
	<u>Docteur ZAHIR Mohamad Amine</u>	<u>N° 101 Angle Bd Cadi Ayad & Bd Sidi Maârouf</u>		<u>MONTANTS DES SOINS</u>
	<u>1er Etage</u>	<u>SIDI MAAREF CASABLANCA Tel. 02 22 55 33</u>		<u>DEBUT D'EXECUTION</u>
				<u>FIN D'EXECUTION</u>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<u>COEFFICIENT DES TRAVAUX</u>
	H	G	B	<u>MONTANTS DES SOINS</u>
	25533412	21433552		<u>DATE DU DEVIS</u>
	00000000	00000000		<u>DATE DE L'EXECUTION</u>
	D	G		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur ZAHIR Mohamed Amine
Chirurgien Dentiste
Diplômé de la Faculté de Médecine
Dentaire de Casablanca



الدكتور محمد أمين زهير
طبيب جراحي للأسنان
خريج كلية طب الأسنان
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 30-01-23

M. Brajoui Ismaïl

Téléradios de profil

Radio Diagnostic
Sidi Maârouf
109, Résidence Soufiane Sidi Maârouf
Préfecture Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 32 17 65

الدكتور محمد أمين زهير
Docteur ZAHIR Mohamed Amine
N° 101, Angle Bd. Cadi Ayad & Bd. Qods
1er Etage SIDI MAAROUF
CASABLANCA Tél. 05 22 58 06 33

رقم 101، تقاطع شارع القاضي عياض و شارع القدس الطابق الأول (قرب مسجد الكرعاني)
سيدي معروف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 58 06 33 - المستعجلات : 0772 15 34 77
N° 101, Angle Bd. Cadi Ayad & Bd. Qods - Etage N° 1 - Sidi MAAROUF
CASABLANCA - Tél. : 05 22 58 06 33 - Urgence : 07 72 15 34 77



الفحص بالأشعة سيدى معروف
RADIODIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

Casablanca, le 01/02/2023

FACTURE N° : 00543/2023

Nom & Prénom : BZIOUI ISMAIL
Date d'examen : 01/02/2023

<i>Examens</i>	<i>Honoraires</i>
TELE RADIO DE PROFIL	200 DH
NET A PAYER	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX CENTS DH

Reserve Radiodiagnostic
109, Residencie Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma

109. شارع شيماء لونيسما سفيان - سيدى معروف - الدار البيضاء
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 0522 32 17 65 - Email : Contact@radiologiesidimaarouf.ma
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma



Dr. Nadia Moubachir
Spécialiste en Radiologie

Dr. Ikram Zaamoune
Spécialiste en Radiologie

Casablanca , Le 01/02/2023

PATIENT : BZIOUI ISMAIL
MEDECIN TRAITANT : DR ZAHIR MOHAMED AMINE

TELE RADIO DE PROFIL

Absence de lésion osseuse.

Contrôle ODF.

Confraternellement
Dr MOUBACHIR NADIA

109 Residance Soufiane Sidi Maarouf
Tél: 05 22 32 17 65
Sidi Maarouf - Casablanca
Radiodiagnostic



B20071000000000000000