

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0039487

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 272 Société : RAM 160657
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AMAZIGH Zahra femme MAUMKARINE
Date de naissance : 1999
Adresse : Residence Prestige Mazala, Rue n° 5 Casa
Tél : 0671926895 Total des frais engagés : 292,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature]
Date de consultation : 10/05/2023
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection ORL
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 : CASA Le : 15/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

RELEVÉ 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
10/05/2023		6		Autroba

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE POLYCLINIQUE 18, Route Mly Thami - Hay Hassani Tél: 0522 90 21 67 - Casa	10/5/23	292,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

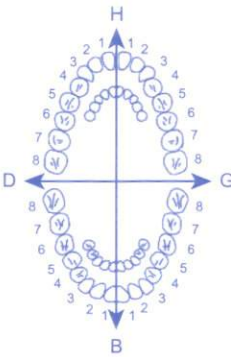
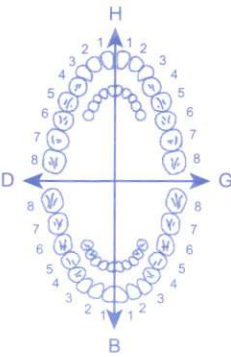
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Dr. Nawal NADEF

Oto-Rhino - Laryngologiste
Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et cou
Exploration et traitement
de surdité
vertige - Trouble de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie



الدكتورة نوال نضيف

اختصاصية في امراض و جراحة الانف
الحنجرة - الاذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير و الحساسية

ORDONNANCE

Casablanca, le : 10/05/2023 : الدار البيضاء, في

AMAZIGH ZAUHA

PPV: 40DH00
PER: 02/26
LOT: M717

bottin
82, All  des Casanins - Ain Seba - Casablanca

PPV: 109DH00
PER: 04-26
LOT: M 1259

DOLAMINE[®]
Boite de 20 comprimés P.P.V.: 15,30 D.
6 118000 190394

LOT 221829

EXP 05 2026

PPV 80 10

City office - 58 lotissement Missini Etage 4 Apt 44 - 45 Hay Hassani

EN FACE MARJANE HAY HASSANI, ICE : 00181237700090

Tél.: 05.22.25.78.21 / 05.22.99.62.09 / 07.00.84.17.18

5# Gaviscum Sinop
 4840 (SL) 1/4 4 avant repas
 X 3/4 1/2 1/2
 292.80

Dr. NAVAI NADEF
 MEDECIN GÉNÉRAL CHIRURGIEN
 CARTE PRO - FACILE
 Office à La Missine Etage 4
 45 Hay Hassani - Casa
 78 21 / 05 22 99 22 09

يحرك جيداً قبل الشرب.
 لا تتركوه في متناول الأطفال.
 يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.
 لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر بعد الفتح.
 Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
 Tenir hors de portée des enfants.
 Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
 Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.
 Gaviscum Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.
 Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
 AMM N° 08R1/2020 DMP/21/NRQd
 PPV: 48 DH 40

PHARMACIE POLYCLINIQUE
 Dr. TIR Abdelaziz
 58, Route Mly Thami - Hay Hassani
 Tél: 0522 00 21 67 - Casa