

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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° M20- 0006435

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : AZEDOU ZINER
Date de naissance : 15 / 01 / 1947
Adresse : N°11 Rue 14 Bine laudoune CASABLANCA
Tél : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 / 10 / 2023

Nom et prénom du malade : AZEDOU ZINER

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Nature de la maladie : affection dermatologique

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 :

Le : 3 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
3/10/23		1	1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/10/23	266,60

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

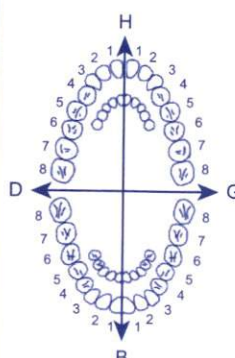
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

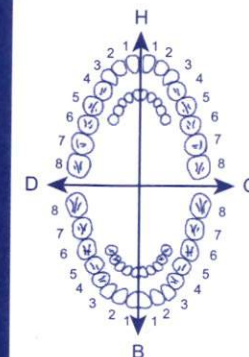
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Souâd MEKNASSI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Médecine de Travail

Certificat de Nutrition

Diplôme de Médecine Esthétique
et Lasers Médicaux

Diplôme d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتورة سعاد مكناسي

الطب العام

طب الشغل

شهادة الحمية و التغذية

شهادة الطب التجميلي

و الليزر الطبي

شهادة التصوير بالصدى

من كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le : 3/10/89 : الدار البيضاء، في :

AZGDDAV Zirel

45,20

Dycaster

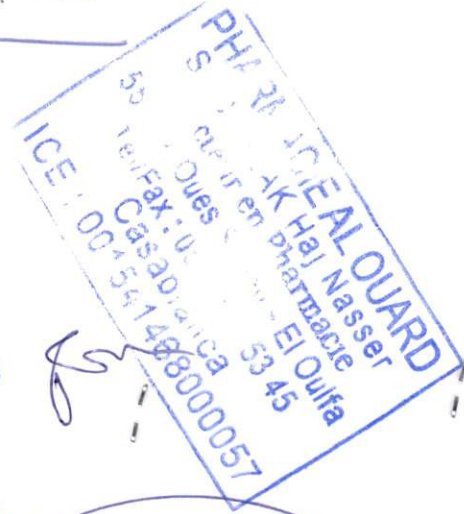
51,70 x2

1410

30,10

74,10

T=266,60



MEKNASSI S. SOUAD
MÉDECINE GÉNÉRALE
162, Rue Laknadsaa - Bin Lamdoune
Casablanca
Téléphone 022 21 52 49

162, Rue 33 (Znقة لقنادسية سابقا) الطابق الأول - بين المدن - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 52 49

162, Rue 33 (Ex Rue Laknadsaa) 1^{er} Etage - Bin Lamdoune - Casablanca - Tél. : 05 22 21 52 49

Aut. N° 7.829

EXP :
LOT :
sans sucre - sans alcool - sans colorant
Sirop
Traitement de la toux
PROSPAN

LOT
PER
PPV
51,70

A consommer de préférence avant fin :
N° lot :
Autorisation du Ministère de la Santé :
DA 20201503 570MP/20UCA/ROV2

VG05 - 09/20
ETLAXA2001PH

IPHADERM
UTAV
Lot :
21347031
12/2024
LAXANAT SIROP 200ML
PPC : 74.00

3 525722 017497

10 Comprimés sécables
Dol
Paracétamol
PVV: 14DH00
PER: 06/20
LOT: M2291

MYCOSTER®
Ciclopíroxolamine
Crème
1%
P.P.V : 45DH20
CREME T30G
MYCOSTER 1%
LOT : 22E019
PER.: 11 2025

Laxanat
Solution buvable adulte et enfant
TRANSIT & DIGESTION