

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 948

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : VEUVE

Nom & Prénom : AZEDDOU ZINEB

Date de naissance : 15.11.1947

Adresse : N° 11, Rue 14, Bine Lamdoune, Casablanca

Tél. : 06.49.91.91.12 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30.10.2018

Nom et prénom du malade : AZEDDOU ZINEB Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection de la peau et dermatite atopique

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : M

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 : / /

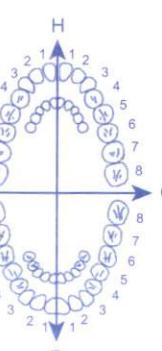
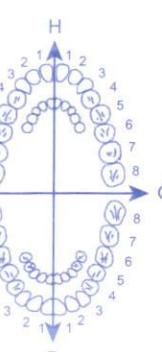
Signature de l'adhérent(e) :



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 Recouvrement des Actes
30/10/2023	C	1	110 DH	DR. MESSAADI S. SOUD MEDECIN GENERAL SABLA 21 B 49

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE du 2 MARS <i>Min. ELALAOUI Aïcha</i> <i>55, AV. du 2 Mars Andalous 1</i> <i>28.57.84 - Casablanca</i> <i>020000421</i>	30/10/23	183,70

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

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 (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																					
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)																					
				MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)																					
				DEBUT D'EXECUTION (Start of execution)																					
				FIN D'EXECUTION (End of execution)																					
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" data-bbox="1590 919 1840 1073"> <tr> <td colspan="2"></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B				CŒFFICIENT DES TRAVAUX (Coefficient of work)
		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS (Amounts of treatments)																					
				DATE DU DEVIS (Date of estimate)																					
				DATE DE L'EXECUTION (Date of 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 مكناسى

الطب العام

طبع الشغل

شهادة المهمة والتغذية

شهادة الطب التجميلي

و الليزر الطبيعي

شهادة التصوير بالصدى

من كلية الطب بمنبولي

الدار البيضاء، في: ٣٠/١٠/٢٠٢٣ Casablanca, le : ٣٠/١٠/٢٠٢٣

MEISSI S. SOUD
MEDECIN GENERIQUE
152, Rue Lakhdar BENYAHIA
CASABLANCA
Téléph: 02 21 11 49
1cp

793

14,00

73

4520

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
PER.07 2026
LOT. #23E008
6 118000 011118

18370

162. زنقة 33 (زنقة لقناصيحة سباقها الطابق الأول - بين المدن - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 21 52 49
162, Rue 33 (Ex Rue Leknadsaa) 1^{er} Etage - Bin Lamdouar - Casablanca - Tél. : 05 22 21 52 49
Aut. N° 7.829

Aut. N° 7.829

