

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.

Radioologie 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.

Ontique :

- 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.

Danteira

- 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 - O Prise en charge : pec@mupras.com
 - O 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 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



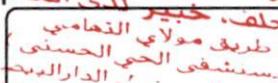
Déclaration de Maladie

Nº W21-722918

193968

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	DTIS	Société :	RAM.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		FENICHEKROU Mohamed	
Date de naissance :	01-11-1948		
Adresse :	19 Rue Al Yasmine Hay Erraha (Beauparc) CABT-		
Tél. :	0671543864		Dhs
		Total des frais engagés :	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	 Dr. S. H. Al-Sabti الدكتور سعيد الحسني
Date de consultation : 17 NOV 2012	
Nom et prénom du malade : ZENCHER AONE Polyclinique	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plicatif 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 :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/12/2024

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
11 NOV 2023	C		20000	INP : SN F PNE : 091089FFF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>macie ESSAADDOUNI Rue Amaline - Bejaia alca - tel: 0522 362632</i>	<u>17/11/23</u>	<u>342.30</u>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RÉLEVE 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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION																
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr> </table> G B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				25533412		21433552	00000000		00000000	<hr/>			00000000		00000000	35533411		11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
25533412		21433552																		
00000000		00000000																		
<hr/>																				
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS																
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS																
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION																

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : **17 NOV 2023**

الدار البيضاء، في:

M^r BEN ATEK RONE Polawed

114.10x3

Crestor 5



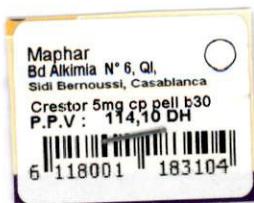
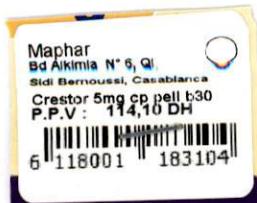
x 3 doses

1 cp le matin

342.30

**Pharmacie Des Clubs
Dr ESSAADOUNI Yasmine
18 Rue Amasmine 18-352-362632
Casablanca**

**دكتور سعيد الكزوولي
طبيب مختص في الأمراض المزمنة
رقم 60، سعيد الكزوولي
مارغلا، المحمدية، الدار البيضاء
هاتف: 0522.90.70.88**



60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500