

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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



Déclaration de Maladie

N° W21-812709

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule	9403	Société	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>Noureddine</i>
Nom & Prénom : BENLEMILH YASSINE			
Date de naissance : 17/01/1973			
Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA			
Tél. :	06 63 608 602	Total des frais engagés :	458,90 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr ABADA Reddah Larbi Professeur Agréé ORL et Chirurgie Cervico-Faciale INPE : 091033514 </div>			
Date de consultation : 27/01/2024			
Nom et prénom du malade : Zine el Abdine Elbissani Age : 48 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>otitis pongieuse</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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.

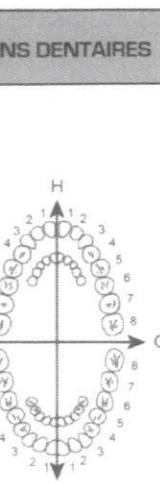
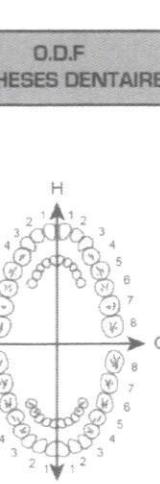
Fait à : *CRS*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Le : 09/02/2024



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		
27/01/24	6		6000	INP : 09103381 Dr. ABADA Reddah Larbi Professeur, Médecin, Faciale ORL et Chirurgie Cervico-Faciale N°PE : 091033514		
06/02/24	5	3	gratuit	Dr. ABADA Reddah Larbi Professeur, Médecin, Faciale ORL et Chirurgie Cervico-Faciale N°PE : 091033514		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Dr. ABADA Reddah Larbi Professeur, Médecin, Faciale ORL et Chirurgie Cervico-Faciale N°PE : 091033514				
27/01/24	27/01/24	324,10				
06/02/24	06/02/24	134,80				
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
092081355	27/01/24		324,10			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 (Leave blank for ODF)	Nature des Soins (Leave blank for ODF)	Coefficient (Leave blank for ODF)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			



06 FEV. 2024
Casablanca, le

Zine el Abidine Zakia

Nootropyl

06/02/24
105879

134,80
1 p x 21 T



LOT 231789 1
EXP 05 2027
PPV 134.80

PHARMACIE CHOKR
Dr ZINE EL ABDINE ZAKIA
Km 14 Dour Doudé Matik
Bouskoura Casablanca
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43

Dr ABADA Redallah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 09:03354



CLINIQUE RACHIDI
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE- NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2 - ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le:

27/02/84

جراحة أمراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
جراحة الوجه و العنق
جراحة أمراض العيون
الإشعاش الطبي و الجراحي
جهاز الایزir
جهاز السكانير الجسماني اکلي
زرع فوقعة الأذن
التشخيص و التحاليل



Clinique الراشدي

الدار البيضاء في

M = ZINE EL ABDINE DBTISAMES

138,30

- Saptui

Dr ABADA Redaillah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 091033514

28 Janvier 1984

78 x 215 p=10j.

PPV : 138,30 DH
LOT : 652168
EXPI : 27/02/84

40,20

- Effipred 20mg CP

3 CP Penetri

p=8j.

PPU 40DH00
EXP 27/02/84

PPV: 22DH20
PER: 10/25

Boite 14
64115DMP/21ANRQ PPV: 23,60 DH
6 118001 020607

22,20
- Lanadol 0,05% p= ou 60ml boîte bovine sur An's
85 soulier, Medical.

123,60

- Innexin 3.0 mg

1 CP / j

pdt 10j

CLINIQUE RACHIDI
Casablanca
Tél: 05 22 22 48 36 / 05 22 27 61 41
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

Dr ABADA Redaillah Larbi
Professeur Agrégé
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 091033514

مدين: 1037680 رقم التعريف: 01020458 س.ت: 74087 الميالدة: 35504150
الهاتف: 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 12 96 - الفاكس: 05 22 03 57
www.cliniquerachidi.com - 05 22 22 03 57