

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0033165

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2534 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AZIZ MINA
Date de naissance : 01/01/1950
Adresse : Rue EL ALIA HAY EL OULFA
Tél. : 0662239130 Total des frais engagés : 1204,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/02/2024
Nom et prénom du malade : EL AZIZ MINA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUSE

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
10/02 24	CS		300,02	Docteur Karim EZAIDI Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste Bd.HH24 - Lot. Moulay Th... N°141 Rond Point Georges, 1 ^{er} étage - Appt 5 El Oulfa - CASABLANCA Tel. 05 22 90 90 93 - INPE. 091216432

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL SAHED 756, Boulevard Mohamed V Tél. 05 22 90 90 93 - INPE. 091216432	10/2/24 10/2/24	558,20 46,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Karim EZAIDI Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste Bd.HH24 - Lot. Moulay Th... N°141 Rond Point Georges, 1 ^{er} étage - Appt 5 El Oulfa - CASABLANCA Tel. 05 22 90 90 93 - INPE. 091216432	10/02 24	RX	3090

AUXILIAIRES MEDICAUX

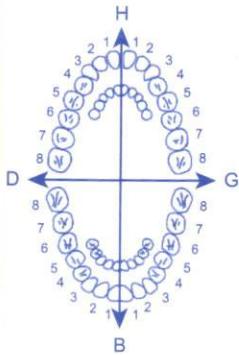
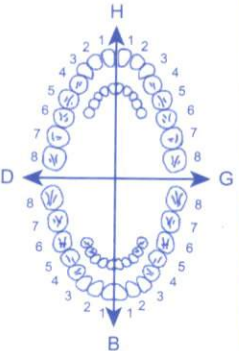
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canalaires, 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>		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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Karim EZAIDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزايدى
أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

Ordonnance

Casablanca, le 10/02/2024

chag'g m

40

1/ Effipred 20 mg

144,30 mg

2/ ISOX 200 mg

53,15 mg

3/ Dilasol 100 mg

422,8 mg

4/ On ledig 100 mg

198 mg

5/ Noicept 500 mg

580 mg

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 08/2026
LOT 35002 13

144,30

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT 245000
PER:03 2026
6 118006 060833

OLEDIZ® 40mg, comprimés gastro-résistants, Boîte de 14
PPV: 122 DH 80
AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX03
6 118001 480050

LOT
PVC: 198.00DH
C259
2025-12
CNK 3259-850

Docteur Karim EZAIDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزايدي

أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

Ordonnance

Casablanca, le : 10/02/2024

ELAZIZ NINA

46.50

[Signature]



**PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI**

756, Boulevard Oued Sebou
Tél.: 05 22 90 50 06 - CASABLANCA



Docteur Karim EZAIDI
Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste
Bd.HH24 - Lot Moulay Thami N°141
Rond Point Georges, 1^{er} étage - Appt 5
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. 05 22 90 90 93 - INPE. 091216432

Docteur Karim EZAIDI

Chirurgien - Traumatologue - Orthopédiste



الدكتور كريم الزايدي
أخصائي في جراحة العظام و المفاصل

Ordonnance

Casablanca, le :

CASABLANCA 10/02/2024

COMPTE-RENDU RADIOGRAPHIE

Mme. EL AZIZ MINA

Incidence. * GENOU GAUCHE DE FACE+PROFIL

pour Dr Karim
R. Rodriguez

Docteur Karim EZAIDI
Chirurgien Traumatologue - Orthopédiste
141 HH24 - Lot Moulay Thami N°141
Rond Point Georges 1^{er} étage - App. 5
Boulevard El Oufia - CASABLANCA
Tél : 05 22 90 90 93 - GSM : 06 49 49 49 42 - E-mail : dr.ezaidi@gmail.com - INPE : 091216432