

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 canaux, 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 canaux.

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.



M.L.D 1215
Déclaration de Maladie
M23-020786

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1215 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reformatel

Nom & Prénom : Zikri Aziza

Date de naissance : Sden

Adresse : Sden

Tél. : 0661194838 Total des frais engagés : 195896 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : ZIKRI AZIZA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa

Le :

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
10.1.24	C.	C.	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/01/2024

541.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCOEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

(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

Dr. Naïma HOSNI
Spécialiste Maladies des Reins
Reins Artificiel - Transplantation
Ancien Médecin Attaché
des Hôpitaux de Lyon



اختصاصية في أمراض الكلي
والكلية الإصطناعية
خريجة كلية الطب بليون



Casablanca, le

$$423,00 \times 3 = 369,00$$

Handwritten: 21/01/24
Hosni
Dialyse
Hemodialyse

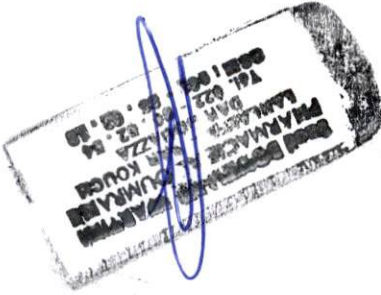
Handwritten: Menara
Soc
Hemodialyse

Handwritten: 28,80 x 6 = 172,80
3
Hemodialyse

Handwritten: 541,80

HEMODIALYSE ET DE NEPHROLOGIE
"HOSNI Naïma"
Bd d'Oujda Belvédère - Casablanca
Tél. : 32590975 - IF : 26066244 - C.N.S.S. 2582460

126, Bd. d'Oujda. Belvédère (face gare des voyageurs). Casablanca
Tél. : 05 22 40 28 69 / 05 22 24 40 89 - Fax : 05 22 40 28 69 / 05 22 40 92 92 - GSM : 06 61 21 09 60
E-mail : hosni@menara.ma - Naimahosni75@gmail.com - Site web : www.hemodialyseghozali.com
Patente : 32590975 - TVA : 62 55 77 - R.C : 408461 - C.N.S.S. 2582460 - IF : 26066244 - ICE : 002036519000086





Scannez moi

LOT: 2309015
FAB: 09/2023
EXP: 09/2026
PVC: 123.000H



6 111261 530015



Scannez moi

LOT: 2311007
FAB: 11/2023
EXP: 11/2026
PVC: 123.000H



6 111261 530015

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

LOT: 2311007
FAB: 11/2023
EXP: 11/2026
PVC: 123.000H



Scannez moi



6 111261 530015