

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N°D: № W19-419915
33119.

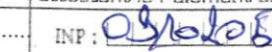
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4969	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FAHAM Mohamed			
Date de naissance : 16-6-1965			
Adresse : Habutelle			
Tél. :	0666046687	Total des frais engagés :	486,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Docteur ZINEDDINE, Bld. Nil Bloc 20 N°26 1er Etage Casablanca Tel: 05 22 56 39 89</i>			
Date de consultation : 04/06/2020			
Nom et prénom du malade : FAHAM Maroua Age: 2007			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Cystite			
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 : Casablanca le 20 Juin 2020
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]* *MOUSSA*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
02/06/2020	62		150,-	INP : 0316020662  26/06/2020 Dr Blanckaert 561889

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
33670	01.06.2012	<p>Ph. Sanaa Casablanca SARL Associe Unique Bloc 18 N° 15 Sidi Othmane Tél : 05 22 37 56 99</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

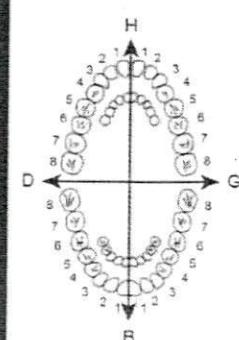
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
<input checked="" type="checkbox"/>	
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور زين الدين ادريس

Docteur ZINEDDINE DRISS

Spécialiste Médecine de Travail
(RENNE)

Diplôme Universitaire de Médecine de Sport
d'Echographie et de la Douleur
Ancien Médecin Chef de l'Hôpital JMIAA

Bd Nil Bloc 20 N° 26 1er Etage
Casablanca



أخصائي في طب الشغل
حاصل على دبلوم جامعي في الطب الرياضي
الفحص بالصدى - تقييم و علاج الألم
طبيب رئيس سابق بالمستوصف المدينة الجديدة
(جمعية)

شارع نيل بلوك 20 رقم 26 الطابق الأول
الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 56 39 89

Casablanca, le : 01/06/2020 الدار البيضاء في :

FAHAD NAZOURA

RgocK2

① S A L M A I R T O O



PPV: 59DH00
PER: 04-23
LOT: J964

PPV: 59DH00
PER: 11-22
LOT: I 2398

Ph. Sanaa Casablanca
SARL Associée Unique
Bloc 18 N°15 Sidi Othmane
Tél 05 22 37 56 99

PPV: 24DH80
PER: 07-22
LOT: I 1779

P.P.V : 40DH80

LOT 4462 A
UT. AV: 09-22
P.P.V 32 DH 40

Docteur ZINEDDINE DRISS
Bd. Nil Bloc 20 N°26 1er Etage
Tél: 05 22 56 39 89

1 sachet 3 x 5 pte 85
2482 SV
② N i k o l F O R T
4084 sp 3 x SV
③ S P A S A N N E N SV
3244 sp 2 x 1
④ s r d o SV
2 1 sp 2 x 5

⑤ ZOLAN

Motc 185

336,70

Docteur ZINEDDINE
Bd. Nil Bloc 20 N°26 1er Etage
Casablanca
Tél.: 05 22 56 39 82



PPV 120070

Ph. Sanaa Casablanca
SARL Associee Unique
BLOC 18 N°15 Sidi Othmane
Tél. 05 22 37 56 99

Ph. Sanaa Casablanca
SARL Associee Unique
BLOC 18 N°15 Sidi Othmane
Tél. 05 22 37 56 99

Ph. Sanaa Casablanca
SARL Associee Unique
BLOC 18 N°15 Sidi Othmane
Tél.: 05 22 37 56 99

120,70