

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

- 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 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

40988

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003856

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5396 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAKARIA IMANE Date de naissance : 29/04/61

Adresse : 159 MANDARONA, SIDI MAAROUF - CASA

Tél : 066.162.70.57 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : ZAKARIA IMANE Age : 59 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements dans un 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 : 22 SEP. 2020

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

ACCUEIL

Le : 03/10/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01/20	C		300,00	DOCTEUR I. GORGES NEZ GORGES 24, Rue ALOUSSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ABEI Lot ISSALAMA di Maârouf Casablanca Tel. 05 26 07 40 65	03/01/20	53,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				Montant détaillé des Honoraires
		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 d'exploration.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H
25533412 21433552
00000000 00000000

D
00000000 00000000
35533411 11433553

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Isaac COHEN
DEM de STRASBOURG
Ancien Attaché des Hx de STG

SPECIALISTE ORL
Maladie et CHIRURGIE
NEZ - GORGE - OREILLE
FACE et COU
VERTIGES - SURDITE



الدكتور إسحاق كوهن
دُرِّيْج كلية الطب بستراسبورغ
عمل سابقًا بمستشفيات ستراسبورغ

اختصاصي
في أمراض وجراحة
الأنف - العنق - الأذنين
الدوار - الصمم

03 septembre 2020

Mr. ZAKARIA Imane

21,80

POLYDEXA GTTES AURICULAIRES

3 fois par jour

(S.V)

15,80 X 0
DOLIPRANE CP 1G

1C EN CAS DE DOULEUR

Dr. Cohen I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ GORGE OREILLE
24 Rue Al imam Alloussi - Casablanca

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana Chahabi
48 Lot 2297 40 65
Casablanca
Tél : 05 22 26 62 50 / 05 22 27 06 22

١٥

بِاراصِيْطامول

1000 ملیٹر

٨٠ إقراض فواره

الحمد لله رب العالمين

١٥١

P P V 150 H 3 0
P E R 02 / 23
L O T 0510

1

31x31x75

Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

Doliprane®

Dolit

8 comprimés effervescents sécables

DOULEURS ET FIEVRE

Doliprane® 1000 mg

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

NE LAISSEZ NI A LA PORTE,

06.19
100028

5 "18000"040361

b 82. Alle des Cottwars - Agi Selsa - Cottwars
6040 1.3

Adulte
à partir de

7

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler

NE PAS AVALER

Tableau A (Liste I)



Z.I. du Sahel, Had Soudern - Maroc
SABCA/CHARA-RECORDATI

PROMOPHARM S.A.

21,80

