

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 00782

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAITA Mohammed

Date de naissance :

Adresse : Rue 30 Novembre Hay ADIL Casablanca

Tél. 06.67.04.80.50 Total des frais engagés : 416,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RACHIDI DERRIJ L.
Médecin Assermentée
Expert Auprès les Tribunaux
10, Boulevard Grande Ceinture
Hay Mohammedi- Casablanca
Tél. 05 22 80 11 49

Date de consultation : 12/03/23

Nom et prénom du malade : ED Rachidou Bissek Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : Mycose

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Maha

MUPRAS
Casablanca

DR RACHIDI DERRIJ L.
Médecin Assermenté
Expert Auprès les Tribunaux
10, Boulevard Grande Ceinture
Hay Mohammedi- Casablanca
Tél. 05 22 80 11 49
ACCUEIL

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
22/03/2023	7	1	139,00	DR. D. KRIJL L. Examen et consultation Examen et consultation Examen et consultation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. D. KRIJL L. Tél. 02 08 38 04 84	22/03/2023	2864,00

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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
		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	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	D 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	
				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

DOCTEUR LATIFA RACHIDI DERRIJ

الدكتورة لطيفة الرشيدية الدريري

Diplômée en Echographie de la
Faculté de Montpellier - France

مجازة في الفحص بالصدى
بجامعة مونبوليي بفرنسا

MEDECIN ASSERMENTÉ PRES DES TRIBUNAUX

طبيبة محلفة خبيرة لدى المحاكم
طبيبة رئيسية سابقا

MEDECINE GENERALE

الطب العام

10, BD. GRANDE CEINTURE

HAY MOHAMMEDI

10، محج الحزام الكبير - الحي المحمدي
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 60 11 49

CASABLANCA - TEL. : 05 22.60.11.49

AUT N° 4393

Casablanca, le :

22/03/23

R. Helfoul - El Fattah Phelou
Cite 10
Cord

98,00

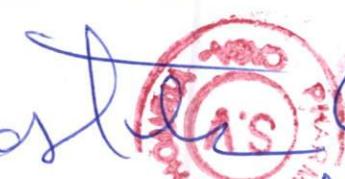


4520x2

Al Castelil alee1

on la belle

Mc Costell alee



Dr. RACHIDI DERRIJ L.
Medecin Assermenté
10, Bd. Grande Ceinture
Hay Mohammedi
Casablanca
Tél. : 05 22.60.11.49



286,40

Mc Costell alee1



AM87 1025
LOT PER
Prix 98.00

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V :45DH20
LOT :22E013
PER :10/2025
6 118000 011118

MYCOSTER® 1%
Crème Tube 30 g
6 118000 011118

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V :45DH20
LOT :22E013
PER :10/2025
6 118000 011118

MYCOSTER® 1%

Crème Tube 30 g

6 118000 011118

LOT:08222022
PER:10/2027
PPU:49,00 DH

Flacon de 30 g

MYCODERME® 1%
Poudre dermique

Flacon de 30 g

6 118000 230144

MYCODERME® 1%
Poudre dermique

Flacon de 30 g

6 118000 230144

LOT:08222029
PER:12/2027
PPU:49,00 DH

Flacon de