

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 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 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0020746

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUDOUCHE HASSAN
Date de naissance : 10-04-1955
Adresse : 85 Lot E pinal Apt 4 Maarif Extension Casablanca
Tél. : 0644 030343 Total des frais engagés : 715,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BOUDOUCHE HASSAN Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : polyarthralgies
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21/3/23	C		300,00	
17/4/23	C		5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	21/03/23	245,00
	31/03/23	160,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

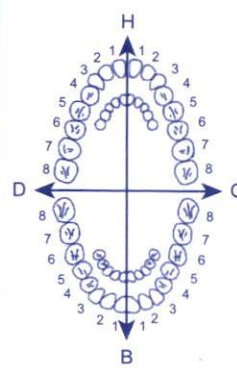
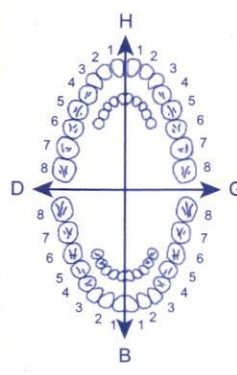
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hajar RAOUFI

Spécialiste en Médecine Interne

Lauréate de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca

Maladies de système

Maladies auto immunes

Rhumatismes inflammatoires (biothérapies)

Maladies des os et des articulations

Check-up



الدكتورة هجر رؤوفي

أخصائية في الطب الباطني

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الأمراض الباطنية

أمراض المناعة الذاتية

أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

الفحص العام

ORDONNANCE

Casablanca, le: 31/3/2023

Mr Boudouch HASSAN

73,00

- Telaxib



1 sachet 6. (au besoin).

87,30

- dermofix crème.

1 appli / j de soir (* 154)

160,80

PHARMACIE ACHARAF SARL
Dr SAHIB Mohammed Amine
96, Rue Socrate Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 25 22 09

Dr. Raoufi Hajar
Spécialiste en
Médecine Interne
Tél.: 06 94 49 82 85

شارع أبو بكر القادري، مكاتب بانوراما، عمارة 13 الطابق 3 مكتب 15 سيدي معروف - الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 13, 3^{ème} étage Bureau N°15, Sidi Maarouf - Casablanca

☎ 05 22 10 30 45 - 06 94 49 82 85 ✉ raoufi.hajar@gmail.com

Dr Hajar RAOUFI

Spécialiste en Médecine Interne

Lauréate de la faculté de médecine

et de pharmacie de Casablanca

Maladies de système

Maladies auto immunes

Rhumatismes inflammatoires (biothérapies)

Maladies des os et des articulations

Check-up



الدكتورة هجر رؤوفي

أخصائية في الطب الباطني

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الأمراض الباطنية

أمراض المناعة الذاتية

أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

الفحص العام

ORDONNANCE

Casablanca, le: 21/03/2023

Nr BOUDOU CH HAJRAN

2h5, v

- Alfloxa



1 spg

x 1 mois

X - Rixidor

PHARMACIE ACHARAE SARI
Dr SAHIB Mohammed Amine

Rue Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 25 22 09

1 spg / d.

x 1 mois

Dr. Raoufi Hajar
Spécialiste en
Médecine Interne
06 94 49 82 85

Importateur Exclusif
BIOCDEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma
P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

شارع أبوبكر القادري، مكاتب بانوراما، عمارة 13 الطابق 3 مكتب 15 سيدي معروف - الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 13, 3^{ème} étage Bureau N°15, Sidi Maarouf - Casablanca

☎ 05 22 10 30 45 - 06 94 49 82 85 ✉ raoufi.hajar@gmail.com