

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.

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

M22- 0026667 065796

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1033 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZIH LAKEBIRA Venue Moustari ALI

Date de naissance : 02.02.1953

Adresse : A.B. Mly Boudiaf Rue 8N 16 C.O

CASA

Tél. 0666874014 Total des frais engagés : 376,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RIAHIDRISSI L
O. R. L.
Rue 18 - No 5 - Jamin 3
Casablanca Tél. 56.78.0326

Date de consultation : 17.04.2023

Nom et prénom du malade : NAZIH LAKEBIRA Age : 1953

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : Casablanca Le : 17.04.2023

Signature de l'adhérent(e) : 4

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/04/23	126,60

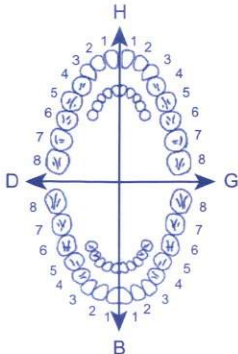
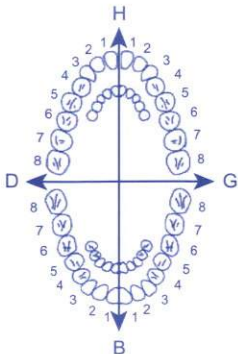
[illegible][illegible]

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 canaux, 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											
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX										
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H			25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS	
H															
25533412 00000000		21433552 00000000													
D		G													
00000000 35533411		00000000 11433553													
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة رياحي الإدريسي ليلي

خريجة كلية الطب ببوردو بفرنسا

اختصاصية في أمراض و جراحة الاذن

والأنف والحنجرة

جراحة الوجه و العنق و جراحة الغدة الدرقية

تشخيص و جراحة الصمم

تشخيص بالمنظار والجراحة بالليزر

رئيسة سابقا بقسم أمراض الأذن والأنف والحنجرة

بمستشفى ابن مسيكة سيدي عثمان

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

لدار البيضاء في

DULASTAN® 500 mg / 2 mg **دولاستان**
Boîte de 20 comprimés

37,00

PPV:22DH20
PER:01/25
LOT:M377

شارع إدريس الحارثي، الزنقة 16 - رقم 5 - جميلة 3 - الدار البيضاء - هاتف وفاكس : 05.22.56.78.05
Bd. Driss Harti, Rue 16, N°5 - Jamila 3 - Casablanca - Tél./Fax : 05.22.56.78.05

Al Pivabau 1.1.



2007 Jan 10
1500 101 x 21

51 sedg. rav

J. KIAHIDRISSI L
O. R. L.
Rue 16 - No 5 - Jambou 3
Kamboma TEL. 56.78.05 Casa

LOT 220194
EXP 09/2024
PPV 30.00DH

PHARMACEUTICALS
Dermatologicals
Tel: 020 4400 3000
Casebance