

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.

Diagnostique 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.

Educations :

- 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

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° P19- 0016117

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04572 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ACHRAF Redouane
 Chirurgie GENERALE
 85, Rue Driss Lahrizi Casa
 Tél 0522 20 90 10 / 0522 27 24 89

Date de consultation : 28/02/2020
 Nom et prénom du malade : M^{me} EDDAHAR Samir Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colopathie -
 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) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
28.02.2020	C/S		-300,00	<p>D^r ACHRAF Redouane Chirurgie Générale - Casa 85, Rue Drais - L'Arina Tél : 0522 27 24 89</p>
12.03.2020	Contrôle		Gofant	
22.05.2020	C/S		-300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/01/20	167.30 PH
	18/03/20	346.20 PH
	22/05/20	279.80 PH

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
		AM	PC	IM	IV	

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

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 <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
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Redouane ACHRAF
Chirurgien

Laureat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Chirurgie Digestive, Gynécologique Endocrinienne, Proctologie
Chirurgie Coelioscopique

LOT :

PER :

PPV :

31,00

Casablanca, le : 28-02-2020.



Dr. EDDAHAR Samira



29 Fevr 2020
31,00

1/ Débridat

1 cul x 3 / j 8h, 12h

68,60

2/ Hepanat

2 cp le matin 8h, 10h

32,00

3/ No-4pa-

1 cp x 3 / j 8h, 08h

122,26

4/ Alpraz

0,5 mg 1 cp le soir 8h, 15h

35,70

167,20



Dr. ACHRAF
Chirurgien
85, Rue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 20 90 10 / 05 22 27 24 89



Docteur Redouane ACHRAF

Chirurgien

Laureat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Chirurgie Digestive, Gynécologique Endocrinienne, Proctologie

Chirurgie Coelioscopique

Casablanca, le : 12.03.2020

ne EDDAHAR Samira

$$116,80 \times 2 = 233,60$$

1/ Lipanthyl 160.

$$56,30 \times 2 = 112,60$$

2/ 1 cure

1 Amp / sem p_{st} 2 mois

T = 346,20

PPV : 56,30 DH
LOT : 19K13/B
EXP : 11/2021

PPV : 56,30 DH
LOT : 19K13/B
EXP : 11/2021



18 Mars 2020

maphar
ZI ZENATA Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636

maphar
ZI ZENATA Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH

6 118001 181636



ORDONNANCE

Dr:

ACHRAF Redouane
Dr ACHRAF Redouane
Chirurgie GENERALE
 85, Rue Driss Lahrizi - Casa
 Tél : 0522 20 90 10 / 0522 27 24 89

Date :

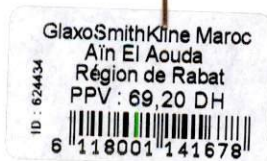
22-05-2020

Nom et Prénom du patient :

me **EDDAHAR Samir**

69,20

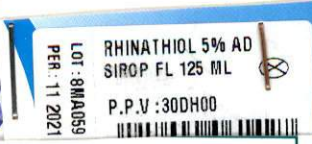
22 Mai 2020



1 Flixonate 1 fois mal

30,00

2/ Rhinathiol 1x3



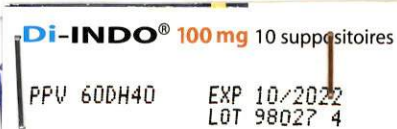
63,90

3/ Biprofenid 1 cp x3

63,90

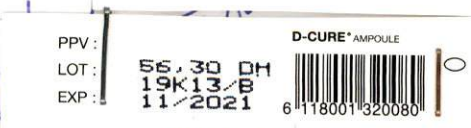
60,40

4/ Di-Indo 1 suppo le soir



56,30

5/ D Cure 1 Amp / 15



T= 279,80