

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0037920

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 7248 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YEMAAI FATIMAEZZAHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 6171 20 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : YEMAAI FATIMAEZZAHRA

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

Nature de la maladie : orthopédie

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 attestant le Paiement des Actes
22/09/2020			150 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
22.09.20	165,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22.09.2020		615,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	22/9/20					10 DH

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 <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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Bouafi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكار

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرباط -

Berrechid le

22/09/2020

برشيد في

JE MAAI FATIMA AGRUMA

1) Diprost

56.60



2) Denit sup

30.10



implant

3) CH oncho sulf

283.00



1 gel 13 mois

4) BCC M Argel

96.00



185، الطابق الثاني شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 05 22 51 62 62

465.70



DIPROSTONE 6.43/2.63 mg
Suspension injectable,
Boîte de 1 seringue pré-remplie de 1ml et 2 aiguilles
P.P.V : 56.60 DH
AMM 235DMP/21/NTT
Distribué par MSD Maroc



LOT: 1278
PER: 03/23
PPV: 30.76

xénid 100mg

10 suppositoires



ZENITH Pharma
AMM N° 556/17DMP/21/NRQ



BELMAZOL® 20 mg

28 gélules



LOT :

EXP :

PPV :

9600

Dr. GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin a l'hôpital Mohamed Bouafi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكرت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب و الصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرياض -

Berrechid le

22/09/2020

برشيد في

JE M AAI FATMAE TRAM

FR
Anti-CCP
Anti-DNA

LABORATOIRE CENTRAL-ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAMAZINE
Pharmacien Biologiste

Dr. Ghafiri Aicha
Médecine Générale
15 Appt. N° 2 Bd. Hassan
10111 Hava Azahra - Berre-



FACTURE N° : 20006502

BERRECHID : 24/09/2020
Nom et Prénom ... : Madame Fatima ezzahraa JEMAAI
Prescripteur : Dr. GHAFIRI AICHA

Bilan :
ACCP B250+ DNA B200+ FR B100+

Montant Net : 615,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Six cent quinze Dirhams et zéro centime

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhakim HANAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990



Dr. GHAFIRI AICHA

Date du prélèvement : 24/09/20

Dossier édité le : 24/09/2020

Code Patient : 42836

Mme JEMAAI Fatima ezzahraa

Page : 1 / 1



Prélèvement Effectué au Laboratoire

240920 054

AUTO-IMMUNITE

Valeurs de référence

Antécédents

ANTICORPS ANTI-PEPTIDES CYCLIQUES CITRULLINES (ANTI-CCP)

Par Chimiluminescence sur Architect Abbott

Résultat : < 0,50 UI/ml < à 5 10/10/17 : 4,30

Conclusion : Négatif

AUTO-ANTICORPS ANTI DNA NATIF Ig G :

Technique ELISA sur automate ALEGRIA

Résultat : 210,00 UI/mL < 20

Conclusion : Positif

FACTEURS RHUMATOIDES

Valeurs de référence

Antécédents

FACTEUR RHUMATOIDE : 110,00 UI/ml < à 20

Tech ELISA sur automate ALEGRIA

: Positif



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste