

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



ND
28346

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007301

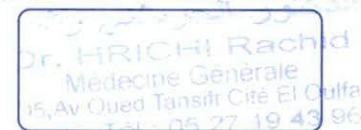
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NASSI RAHAL Date de naissance : 01-01-1949
Adresse : Oulla Gpe "N" Rue 133 No 47
Tél. 0662796607 Total des frais engagés 200dh + 792,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/06/2020
Nom et prénom du malade : NASSI FATIMA Age : 1953
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète I
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 : 08/06/2020 CASABLANCA
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 08/06/2020

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
08/06/2020	9		200 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA WILAYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 222, Bd. Oued Mekouya - El Oufia Casablanca - Tél : 06 22 90 51 12	08/06/20	200 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

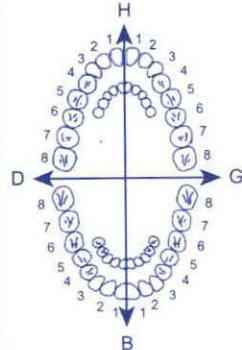
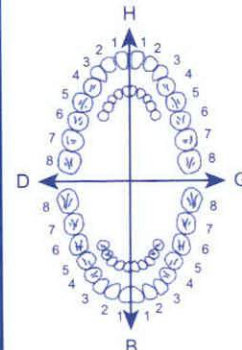
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'OD

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>			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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

الدكتور الحريشي رشيد
الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة)
حي الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : 0527 19 43 96

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd. Oued Tansift - 24 Oulfa
Casablanca - Tél. 05 22 30 54 13

Casablanca, le 08/06/2020 : الدار البيضاء، في

(mme)

NASSI - FATIMA

091076893
PHARMACIE DE LA WILAYA
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd. Oued Tansift - 24 Oulfa
Casablanca - Tél. 05 22 30 54 13

92.90 x 6

(17)

AMARDEL A'S

1 CP x 2j

(686)

tu o3ma3

35.00

(27)

ADO 1000

A'S

1 CP j

Andli

tu o3ma3

44.40

(30)

PROFENID A'S Suppo

1 Suppo j osing

54.00

(40)

FINALAN 10 A'S

1 CP j

Le son

الدكتور الحريشي رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av. Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tél. 05 27 19 43 96

T =

21.50x5

⑤

Aspegic 100

1's

58/10

1st 5. lindi

in 08mrs

T = 452.30

PHARMACIE DE LA WILAYA
Zine El Abdelati
Docteur en Pharmacie
122 Bd. Oued Morouya - El Oulfa
Casablanca - Tel : 06 22 90 51 13

الدكتور الحريشي
Dr. H. ALCHACHACH
Médicine Générale
5, Av. Oued Tansik - El Oulfa
3sa - Tel : 05 27 19 43

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH90



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH90



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 19E005
PER: 06 2021

LOT : 20E006
PER: 06 2021

LOT : 19E005
PER: 06 2021

LOT : 19E005
PER: 06 2021

LOT : 20E006
PER: 06 2021

☒ **valable 3 mois**

Le 08/06/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

HABCHI Rachid

091076893

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NASSI FATIMA

Présente

Diabète type I avec lésion CardioV.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Amarel 3mg 1cp x 2c

ADO 4000 1cp

Aspegic 100 1st x 1

03 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

nb 769