

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.

Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

S : 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- 0046138

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04804

Société : 61997

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAKISHI Abdellah

Date de naissance : 13.01.1960

Adresse : Bensaid

Tél. : 0666353691

Total des frais engagés : 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/02/2021

Nom et prénom du malade : LAAKISHI Zineb

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Abs dentaire justifié à Aném

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 : 14/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

ISODH

Dr. GHAFRI
Médecine Générale
185 Apt. N° 2 Bd. Hassan I
TARBE Hay Azahra - Beyrouth

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10 02 21	368,20

Date _____

Montant de la Facture

Pharmacie **MARHABA**
D. Aminah LATIKRI
25, 34, Ibrahim Roudani
Waliq. - Barrechid

$$\begin{array}{r} 10 \\ \times 2 \\ \hline 20 \end{array}$$

368,20

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

AM

BC

LM

IV

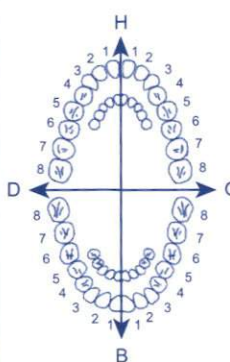
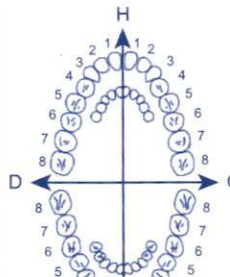
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	G		B	
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D														
00000000 35533411	00000000 11433553													
G														
B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>										

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

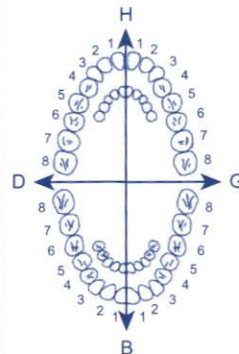
Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

21433552

D

00000000
35533411

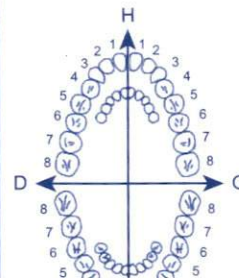
— G

00000000
11433553

8

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

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 ديكرات

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرياض -

Berrechid le

10/02/2021

برشيد في

LAA KSSI Zineb

58,40

1) Soluprest 20

ephmat

Amen (15j)

92,50

2) Mégo blox 500

1 cp x 2j

(15j)

16,30 x 4

3) Dougmatil sirop

1 cu - 4x

Amen (2 mois)
(kht)

82,10

4) Risper 20

1 cp x 2j

Amen (15j)

70,00

5) Tegeme pur

Pharmacie MARHABA

Dr. Amine L. Bouafra

26, Bd. Prahim Roudani

Pharmacie MARHABA

Dr. Amine L. Bouafra

26, Bd. Prahim Roudani

Dr. GHAFIRI AICHA
Médecin Généraliste
185 Appt. 185
CABITE Hay Agha

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

Lot
Exp
PPV

02/2022

02/2022

Solupred® 20mg

PPV:82DH10

LOT : 20E006V
PER.: 05 2022

DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153

LOT : 20E006V
PER.: 05 2022

DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153

LOT : 20E006V
PER.: 05 2022

DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153

LOT : 20E007V
PER.: 08 2022

DOGMATIL 0,5G/100ML
SOL BUV FL 125ML

P.P.V : 16DH30

6 118000 012153