

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

N° W19-568689

78959

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

5575

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

MR CHAFI ABDELLATIF

Date de naissance :

14-09-1989

Adresse :

AL FAH - CR.

Tél. :

620134223

Total des frais engagés :

509.50 + 200.84 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HICHAM RACHID
Médical Général
295, Av Oued Tansit Cité El Oufia
Casa - Tel : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893

Date de consultation :

31/05/2021

Nom et prénom du malade :

MR CHAFI ABDELLATIF

Age: 31 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dépression, Anxiété, Insomnie, Sommeil, Anémie

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 : 31/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MR CHAFI ABDELLATIF
BOLACH

RELEVE 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
31/05/2021	C7		200 DHS	<p style="text-align: right;">INPE : 091076893 INP :</p> <p style="text-align: center;">دكتور الحفيظ رشيد Dr. HRICHY Rachid Medicine Generale</p> <p style="text-align: right;">295. AV AOUED TANSIT OTÉ EL OULFA - Casa - Tel : 06 66 80 76 66 INPE 091076893</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMMÉS SAIB PHARMACEUTICALS LTD.	01.06.21	585.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

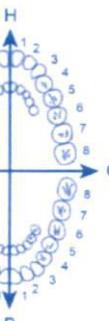
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 	G 		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 	G 		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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. : 0666 80 76 66

الدكتور الحريشى رشيد

الطب العام

295، شارع وadi تانسيفت (24 ، مجموعة E)

حي الألفة . الدار البيضاء

الهاتف: 0666 80 76 66

Casablanca, le :

31 ماي 2021

الدار البيضاء، في :

Mr CHAFI ABDELLATIF:

126.80 1). Cilentra 70mg

1cp/j poit 07 mois

98.80 2). Neofortan 760mg

1 prise /j

60.40 3). Di - Indo 700mg

1 Syno /j

16.60 4). Stilnox 70mg

1cp/j lessai

122.70 5). Daflon 500mg

1cp /j

185.00 6). Zovirax 5% crème

1gpr x 2/j

509.50

دكتور الحريشى رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Medicine Generale

295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tél : 06 66 80 76 66
091076893

IOROCCO LLC

PPV: 126 DH 00

INDUSTRIES LIMITED

N
PPV 98DH20
EXP 12/2023
LOT 0004P 4

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40 EXP 02/2021
LOT 70014 4

STILNOX 10M
CP PEL SEC E
P.P.V : 56DH
LOT : 20E004
PER : 12/2023
6 118000

246400030-04

Rabat
Région de Rabat

PPV : 45.00 DH

6 118001141548

دكتور الحريشى رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Medicine Generale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tél : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893

7). Keyphose 4/4

1 ampx x 2/ij

دكتور العريشى رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Medecin Generale
295, AV Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tel : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893

PHARMA
Zakaria
Docquier Dr
Bd Oued Deou