

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



Déclaration de Maladie

N° W19-568689

72959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : M. CHAFI ABDELLATIF

Date de naissance : 14-09-1989

Adresse : OULFA - CA.

Tél. : 620130283 Total des frais engagés : 509,50 + 2000 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/05/2021

Nom et prénom du malade : M. CHAFI ABDELLATIF Age : 31 ans

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

Nature de la maladie : Dépression, Anxiété, Insomnie

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 : CA Le : 31/05/2021

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
31/05/2021	C7		2000	<p>INP : 091076893</p> <p>Dr. HRICHI Rachid Médecine Générale 295-Avenue Qued Tansil Cité El Oued Casa - Tel : 06 66 80 76 66 INP : 091076893</p>

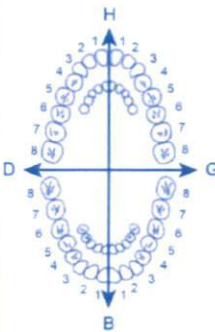
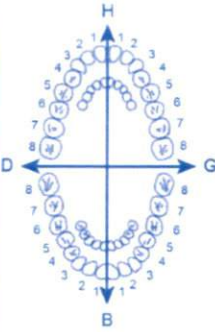
[illegible][illegible][illegible]

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 													
				MONTANTS DES SOINS 													
				DEBUT D'EXECUTION 													
				FIN D'EXECUTION 													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td></tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: right;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B
	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

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 الحريشي رشيد

الطب العام

295, شارع وادي تانسيفت (24, مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : 31 ماي 2021

Mr CHAFI ABDELLATIF:

126.80 1. Cilenta 70mg
7cp / j pte 07 mois

98.80 2. Keofortan 760mg
1 prise / j

60.40 3. Di-Indo 700mg
7 suppo / j

16.60 4. Stilnox 70mg
7cp / j le soir

122.70 5. Daflon 500mg
7cp / j

45.00 6. Zovirax 5% creme
7app x 2 / j

509.50

دكتور الحريشي 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

PPV 96DH80
EXP 12/2023
LOT 0004P 4

Di-INDO® 100mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 02/2021
LOT 70014 4

STILNOX 10M
CP PEL SEC 8
P.P.V : 56DH
LOT : 20E004
PER : 12 2023
6 118000

122.70

246400030-04

ID : 6446
Région de Rabat
PPV : 45.00 DH
6 118001 141548

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

7). Kerplose 40mg

7 amp x 2/1j

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

PHARM
Zakaria
Docteur en
Bd Oued Djaou