

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie
N° M20- 0006885

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12316 Société :
 Actif **Pensionné(e)** **Autre** :
 Nom & Prénom : CHERIFI CHARAF
 Date de naissance : 29.10.81
 Adresse : CASA
 Tél. : 0610614249 Total des frais engagés : Dhs

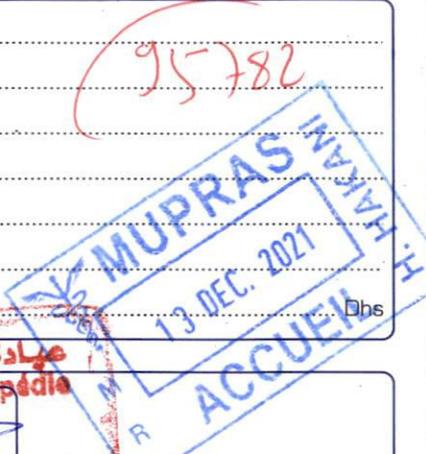
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10.12.2021
 Nom et prénom du malade : CHERIFI CHARAF Age: 40ans
 Lien de parenté : **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**
 Nature de la maladie : Traumatisme de 2 doigts
 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 : CASA Le : 10.12.21
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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.

Biologie 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

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

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
10.12.2011	C		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.12.21	237,12

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Achraf HADANE

Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Casablanca

Ancien interne au Centre Hospitalier de Valence

(Rhône-Alpes- France)

الدكتور أشرف حدان

أخصائي جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي

فالانس . فرنسا

Casablanca le 10.12.2022 في الدار البيضاء

M^r CHERIFI AHRAF

PHARMACIE CASA DIAA
Complexe Commercial
Casa Diaa Quatre Akas Nouaceur
Casablanca
Tel : 05 22 53 77 59 Fax : 05 22 53 77 05

57.10

1. Brepin 20mg Sachet
1 Sachet / J 10

14.00

2. Doliprane 1g (tblt)
1g x 4 J 05

82.10

3. Esac 20mg (tblt)
1g x 1 J 15

83.90

4. Newflex Roll m strachisane (Blu)
1 appl + 2 ormes

F 237.10

UT 21003
PER JAN 24
PPV 57DH10

14,00
PPV 14DH00
PER 07/24
LOT K1851

82,70
LOT 21003
PER 04/23
PPV 32DH10

Bd, Al Qods, Lot Essakane El Anik. Rés. Assafaa, Imm.403, Num 4-Casablanca

شارع القدس ، تجزئة السكن الأزرق ، إقامة الصفاء، عمارة 403، رقم 4، الدار البيضاء

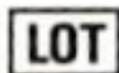
Tél : 05 22 50 34 48 / 06 24 74 95 79 / hadaneachraf@yahoo.fr

مبادرة جراحة العظام والمفاصل
Dr. Achraf Hadane
403, Bd. Al Qods, Casablanca
Tel: 0522 50 34 48

New Care AG, CH-4452 Itingen
EU Office: Kreillerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany



01/24



200216

MFD

02/20

ISOPHARM

NEWFLEX GEL
RAFRAICHISSAN'
83.90 DH