

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.

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0002483

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01269 Société : 106167

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUA Ali

Date de naissance : 1/08/1951

Adresse : Rue 16 n° 11 lot Manara Casablanca

Tél. : 0661493472 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Otmane NAFIDI
Diagnostic & chirurgie
Foie - Pancréas - Digestive - Hernie - Proctologie
Tél: 0522 27 78 67 / 06 62 15 00 75
INPE 091186700

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JOUA MYRIAM Age: 23 ans

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

Nature de la maladie : asphyxie

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 : / /

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
28/02/22	9		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28.02.22

87 90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

28.02.22

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

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 :

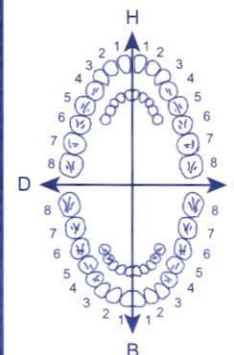
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

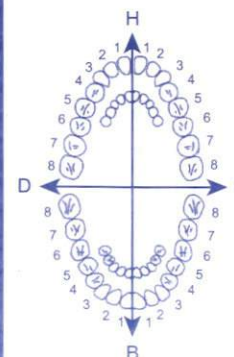
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otmane NAFIDI

Diagnostic & Chirurgie

Foie - Pancréas - Digestive - Hernie - Proctologie

Ex- chirurgien et enseignant aux hôpitaux
universitaires de Montréal & Alberta , Canada
Lauréat de la faculté de médecine de Geneve , Suisse
Céertifié de la société américaine des chirurgiens transplantateurs
Céertifié de la fédération des Médecins Suisse en chirurgie



الدكتور عثمان نفيدي

تشخيص و جراحة

الكبد - البنكرياس - المسالك الهضمية - الفتق

جراحة و طب المستقيم و الشرج

جراح و مدرس سابق بالمستشفيات

الجامعية بمنترال والبرتا ، كندا

خريج كلية الطب بجنيف، سويسرا

معتمد لدى الجمعية الأمريكية لجراحي زراعة الأعضاء

معتمد لدى هيئة الأطباء السويسريين في الجراحة

Casablanca, Le : 28 / 08 / 2022

Myriam Jona

48.40

Gaviscon Anap

PPV: 25DH00
PER: 12/26
LOT: K3617

11

14.50

2) And L

25.00

3) Travall cp 500

Docteur Otmane NAFIDI
Diagnostic & chirurgie
Foie - Pancréas - Digestive - Hernie - Proctologie
Tél: 0522 27 78 67 / 06 62 15 00 75
INPE 091186700

T: 87.90

يحرك جيدا قبل الشرب.
لا تتركوه في متناول الأطفال.
يتم التخزين في درجة حرارة تقل عن 30 مئوية.
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.
Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.
Tenir hors de portée des enfants.
Fabricant titulaire de licence au Royaume Uni:
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7L S.
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.
Utiliser dans les 6 mois après ouverture.
AMM No 104/14 DMP/21
PPV: 48 DH 40

BN 103681
DOM 02/2021
EXP 02/2023

3079956

PHARMACE OXYGENE
SOUAD DEMNI TAZI
1 bis, Bd Panoramique
Quartier Feset - Ain Chok
Casablanca - Tél. 022 52 01 14