

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0011037

116264

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUIZZEM FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : NAZIH FATIMA Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Hôpital
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 0039828

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 390, - Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUIZZEM FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

الدكتورة القبيشي فتيحة
Docteur EL KAICHI Fatima
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90
INPE: 091054296

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 05 / 2022

Nom et prénom du malade : NAZIH Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Gastrite - Pharyngite - Mycose

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039828

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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
13/05/2022	C	C ₁	150 DH	<p>الدكتور القيسي فتيحة</p> <p>Docteur EL KACHCHI Fatima</p> <p>N°1 Imme A28 Résidence Addamane</p> <p>Ain chock-CASA-Tel: 05 22 50 11 96</p> <p>NPF: 091054296</p>

13/05/2022	C	C ₁	1500H	الدكتور القيسي فتيحة Docteur EL QISI Fatiha N°1 Immeuble A28 Résidence Addamane Ain chock-CASA-Tel: 05 22 50 11 90 INPE: 091054296
------------	---	----------------	-------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/05/2022	440,30

13/05/2022	440,30
------------	--------

[illegible][illegible][illegible]

<p>1. $2x^2 + 3x - 5$</p> <p>2. $4x^3 - 7x^2 + 11x - 2$</p> <p>3. $6x^4 - 9x^3 + 12x^2 - 15x + 8$</p> <p>4. $8x^5 - 12x^4 + 16x^3 - 20x^2 + 24x - 10$</p> <p>5. $10x^6 - 15x^5 + 20x^4 - 25x^3 + 30x^2 - 35x + 40$</p>	<p>1. $3x^2 + 5x - 7$</p> <p>2. $5x^3 - 8x^2 + 13x - 4$</p> <p>3. $7x^4 - 11x^3 + 14x^2 - 17x + 9$</p> <p>4. $9x^5 - 14x^4 + 18x^3 - 22x^2 + 26x - 12$</p> <p>5. $11x^6 - 16x^5 + 21x^4 - 26x^3 + 31x^2 - 36x + 42$</p>	<p>1. $4x^2 + 6x - 9$</p> <p>2. $6x^3 - 10x^2 + 15x - 6$</p> <p>3. $8x^4 - 12x^3 + 16x^2 - 19x + 11$</p> <p>4. $10x^5 - 15x^4 + 20x^3 - 24x^2 + 28x - 14$</p> <p>5. $12x^6 - 18x^5 + 24x^4 - 29x^3 + 34x^2 - 39x + 44$</p>	<p>1. $5x^2 + 7x - 11$</p> <p>2. $7x^3 - 11x^2 + 16x - 5$</p> <p>3. $9x^4 - 13x^3 + 17x^2 - 21x + 13$</p> <p>4. $11x^5 - 16x^4 + 21x^3 - 25x^2 + 30x - 15$</p> <p>5. $13x^6 - 19x^5 + 25x^4 - 30x^3 + 35x^2 - 40x + 45$</p>	<p>1. $6x^2 + 8x - 13$</p> <p>2. $8x^3 - 12x^2 + 17x - 7$</p> <p>3. $10x^4 - 14x^3 + 18x^2 - 22x + 15$</p> <p>4. $12x^5 - 17x^4 + 22x^3 - 27x^2 + 32x - 17$</p> <p>5. $14x^6 - 20x^5 + 26x^4 - 31x^3 + 36x^2 - 41x + 46$</p>
---	--	---	--	---

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

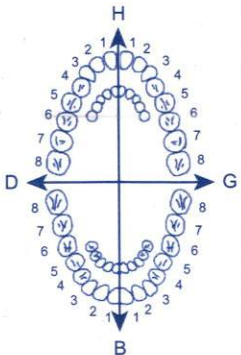
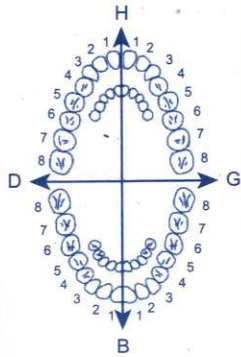
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Impression : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Impression : 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			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatiha EL KAÏCHI

Médecine générale

N° 1, Imm. A 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي

الطب العام

رقم 1, عمارة أ 28 إقامة الضمان (الضحى)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Casablanca, le : 13/05/2022

123,60 x 2 = 247,20 M^{me} NAZIH Fatima

1) INEXIUM 400g

T = 440,30

98,- 2 cp 1 j avant le petit déjeuner x 28 j

2) ZAMOX 1g

58,40 1 sachet x 2 j Nets x 05 j

3) Solupred 20mg

36,70 3 cp 1 j après le petit déjeuner x 05 j

4) Mycoderme 1g

Application x 2 j Nets.

PPV: 98DH00
PER: 05-24
LOT: K1490

5840

Solupred 20mg

LOT: 08021012
PER: 01/2006
PPV: 36,70 OH

Topique

PHARMACIE HAY AL MANZAH
SARL AU
Lot. Al Manzah Imm2 Mag 1
INPE: 062088778
Tél: 05 22 51.51.84

الدكتورة الفتيحة القيشي
Docteur EL KAÏCHI Fatiha
N°1, Imm. A28, Résidence Addamane
Aïn chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 50 11 90
INPE: 062088778