

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

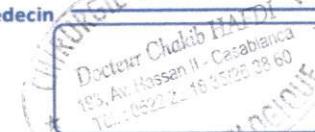
N° W21-690842

121538

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1802	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DRRISSI OUAFAA			
Date de naissance : 28/07/51			
Adresse : 39 RUE EL HOUADHOUAD CARABIA			
Tél. : 0589671843	Total des frais engagés :	393,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **DRRISSI OUAFAA** Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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.

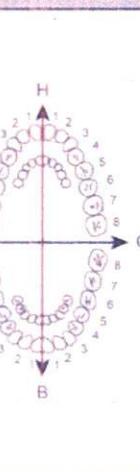
Fait à : **CARABA**

Le : **14/06/22**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
G2			300,00	DOCTEUR CHABAL Cabinet de l'Assise 100,00 100,00 100,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>REU 05050602079</i>	<i>12/05/22</i>	<i>93.40</i>

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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Docteur Chakib HAFDI

Ancien Assistant- Chef de Clinique au C.H.U de Montpellier
Membre Titulaire du Collège Français
des Chirurgiens Orthopédistes
Membre Titulaire de la Société Française
de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

C.E.S. Chirurgie Générale

C.E.S. Médecine du Sport

D.E.M. Relatives à la Réparation Juridique du Dommage Corporel

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

CHIRURGIE DE LA MAIN

ORTHOPÉDIE PEDIATRIQUE

الدكتور شبيب حافظي

نيلس عيادة (سابقا) بالمستشفى الجامعى بمونتولى

عضو بالمجمع الفرنسي للأطباء الحاخام المحامي

عزم و دین بالحمد لله الذي نصّرناه في العظائم والمفاسد

شهادة التخصص في الحاسوب العامة

شـ ١٤٩٣ـ المـ ٢٠ـ فـ الطـ الـ بـ

سیده الحسنی ادبیات فلسفی

شهادة التخصص في التقويم العدلي

الآثار الجسدية للأضرار

الاختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

دراة البد

حقوقي الإعـاجـ العـضـهـ الـاطـفـالـ

INP 092050244 H 2 MAT 2022
Casablanca, fe

Casablanca, le :

7one - DUA FAAA DR. Ni

PROFENID 100MG
CP PEL B30
P.P.V : 70DH90
LOT : 21E029
PER : 09/2024

70,90
1) Profenid 100 mg
1 g poudre 3 gr
22,90

2) Salbutamol 100 mg
1 g de poudre 7 gr
93,40

١٩٣- شداد الحسن الثاني - الدار البيضاء ٢٠١٤ - العاشر من شهر سبتمبر ٢٠١٤ - المدعى عليه: ٥٢٢٦٣٨٦٠ / ٥٢٢٢٢١٦ - المدعي عليه: ٥٢٢٤٩٠٢٨٢ - المحكمة: ٣٣-١٤ - النقال: ٣٦

193, Avenue Hassan II – Casablanca 20140 – tél : 0522.22.16.35 / 0522.26.38.60 – Fax : 0522.49.02.82

Urgence : 0661.14.33.36 – Domicile : 0522.39.14.81 – E-mail : drchakibhafsi@gmail.com

BELMAZOL®

Oméprazole

20 mg

7

Gélules

22.50

Voie Orale

