

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0769 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASSI RAHAL

Date de naissance :

01-01-49

Adresse :

Bulka Gpe 'N' Rue 133 no 47
CASA

Tél: 06 62 79 0607 Total des frais engagés : 200.54 + 660,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/05/2022

Nom et prénom du malade : NASSI RAHAL

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thrombocytoze

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 : 00/00/00

Le : 03/15/2022

Signature de l'adhérent(e) :

NASSI RAHAL



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE 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
03/05/2022	Ca		200 Dh	 DR HICHAM RACHID Médecin Généraliste 295, Av Oued Tansit Cité El Ouardia Casablanca - Tel : 06 66 80 76 66 INPE : 09 07 68 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYAT ZÉRIFI Pharmacie Doctor Zéribi 22200 Bouaké	03/07/22	660,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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				

Docteur HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél.: 0666 80 76 66

الدكتور الحرishi رشيد

الطب العام

شارع وادي تانسيفت (24 ، مجموعة E)

حي الائمة . الدار البيضاء .

هاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le : 03/05/2022

Mr NASSI RAHAL

6950 x 5
1). Cure AML 500

70 x 2ij

68.90 x 3
2). Fludex LP

pdh 06 mois

21.80 x 2
3). Aspirine Narissos

1 sachet 1ij

3n.30 x 2
4). Zytloxi 200 mg

70 ij

T= 660.40

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

رخصة دكتور حرishi رشيد
Dr. H. Rachid
Medical Doctor
295, Avenue Oued Tansift
El Oulfa Casablanca
Téléphone : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893

68,90

PPV: 69 DH 50

68,90

PPV: 69 DH 50

68,90

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

LOT : 21E005
PER : 05 2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E005
PER : 05 2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT
EXP
PPV

220685
03 2026
31.30

31,30

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

NASSI RAHAL

Matricule :

0769

N° CIN : *BÉ0097*

Adresse :

Oulfa Gpe 'n' Rue 133 N° 47 CASA

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

INPE : 091076893

Certifie que Mlle, Mme, M. : *NASSI RAHAL*

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*• Trouble de la circulation sanguine + jambes lourdes +
Anie de goutte (Hyperuricémie) + Thrombocylose*

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

*• Care AML • Fludex 15 • Aspirine
• Zytomic 200*

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca le 03/05/2022*

Cachet et signature du médecin traitant

*Dr HICHARI Rachid
Médecine Générale
295 Av Ouled Tansift Cité El Oulta
Casa - Tel : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893*

*Cette déclaration est renouvelable une fois
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées