

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

- 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.

24/28

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : NASSI.07.69 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASSI RACHID

Date de naissance :

01-01-1949

Adresse :

Tél. 06 62 78 0607

Total des frais engagés : 778,50 + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/06/2021

Nom et prénom du malade :

NASSI PATIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type II

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 : 01/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

G.F

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
01/06/2022	C1		200 Dh	 Dr. Hrichi Rachid Medicine Générale 295, AV. Qued Tansit City Casablanca - Tel : 0666 80 16 66 NPE : 091076693

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE WILAYAT ZEKRI Abdellah Docteur en Pharmacie 120-11-224 83 QUADRA Casablanca - Tel: 0522 90 51 73 E: 092291220000077	01/06/22	TT 8.50

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
2	21433552
00	00000000
00	00000000
1	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on the upper arch, 1 through 8 on the lower arch) and directional markers D (left), H (top), and B (bottom).

[Création, remont, adjonction]

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 الحريشى رشيد
الطب العام

295، شارع وادى تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة. الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le :

07/06/2022

Mme NASSI FATIMA.

19,50 x 3

1). ADO 3g



نفخة الماء

52,10 x 6

2). Amanel 3mg



نفخة الماء

27,70 x 6

3). Cardiospizine 700mg



نفخة الماء

إجمالي 77.850

دكتور الحريشى رشيد
Medecine Generale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tel : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893

دكتور الحريشى رشيد الدار البيضاء، في :
Dr. HRICHI Rachid
Medecine Generale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tel : 06 66 80 76 66
INPE : 091076893

trahit de
06 mois

PHARMACIE
ZERGAB Abdessati
Casablanca - Tel : 0522 90 51 13
ICE : 0022 77 220000077

19,90

19,90

19,90

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
PER.:01 2024
LOT : 21E001
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
PER.:05 2024
LOT : 21E002
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
PER.:11 2024
LOT : 21E003V
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
PER.:05 2024
LOT : 21E002
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
PER.:05 2024
LOT : 21E002
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
PER.:05 2024
LOT : 21E002
6 118000 060017

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : NASSI FATIMA Matricule : Foyer N° CIN : OK 754 Adresse : Oulfa G/ce 'n' Rue 133 N° 47 Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne : Dr. HRICHI Rachid <small>Dr. HRICHI Rachid Medicine Generale Oued Tansif Cite El Oulta Av. 295 Casablanca - Tel: 06 66 80 78 66 INPE: 091076893</small>	Spécialité : Dr. HRICHI Rachid <small>Dr. HRICHI Rachid Medicine Generale Oued Tansif Cite El Oulta Av. 295 Casablanca - Tel: 06 66 80 76 66 INPE: 091076893</small>
N° ICE : INPE: 091076893 N° INPE : INPE: 091076893	
Certifie que Mle, Mme, M. : NASSI FATIMA	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <p><i>· Patient suivie chez nous au cabinet depuis plus de 05 an ; · diabète type II ; glycémie à jeun = 2,83 g/L</i></p>	
Dont ci-joint ordonnance : <p><i>· ADO 1g · Amarel 3g · Cardioazone 100</i></p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : Casablanca le 01/06/2022	
Cachet et signature du médecin traitant : 	

*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