

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.

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° P19- 059979

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 124626
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL Saffi Touria
 Date de naissance : 23/05/1955
 Adresse : 235, Bd YACOUB El Meurak
 Tél : 0661321737 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFFESS
 Médecine Générale - Echographie
 8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3ème Etage
 Maârif - Casablanca
 Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27
 INPE : 091014357

Date de consultation : 23/05/2022
 Nom et prénom du malade : EL Saffi Touria Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 23/05/22 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
23.5.82	L	1	2000
27.5.82	consulte		6


INP

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Astes

INPÉ

09101435

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/22	38,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

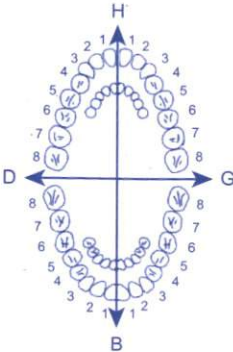
[illegible]

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

PROTHÈSES DENTAIRES		MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div>		<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div>		<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
		B			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
				<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
				<input style="width: 100px; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet de Médecine Générale

Echographie

Expertise médicale - Diabétologie

Psychologie médicale



الدركتور وفاء اشوس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
Medecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27
INPE : 091014357

الدار البيضاء، في

El Sofi Tour

12,90x3

Produra LP 500mg



صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 96 75 51

38,70

1 ph / r x 3 mois

ntamavit

1 ph x 3 / r x 3 semaines / mois

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
Medecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tél : 022.98.80.71 / 061.41.17.27
INPE : 091014357



12,90

إيبراديا LP

ميتفورمين هيدروكلوريد



500 ملغ

30 قرص بتحرير ممتد

عبر الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف	صباح	الليلة				

IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



6 118000 023500

سوطيما
othema



12,90

إيبراديا LP

ميتفورمين هيدروكلوريد



500 ملغ

30 قرص بتحرير ممتد

عبر الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدّة	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل بعد	

IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



6 118000 023500

سوطيما
othema



12,90

إيبراديا LP

ميتفورمين هيدروكلوريد



500 ملغ

30 قرص بتحرير ممتد

عبر الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



6 118000 023500

سوطيما
othema