

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.

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° M21- 080051

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M^{me} CHAFI ARNELCATI

Date de naissance : 14-09-1959

Adresse : 1st. El Attari Rue B-48 ou LMA

Tél. : 06 20 13 42 23

Total des frais engagés : 1218.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2022

Nom et prénom du malade : BENBAKI Rachide

Age : —

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Colique, abdomen, R. propre

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 : Casa

Le : 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
20/6/82	C		3,000.00	
30/6/82	U échographie		6,000.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cat. let. du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SAÏS Dr. LUT 154 Bd Oued Doukkali El Akhbari Tél. 05 22 91...	20/06/22	318102

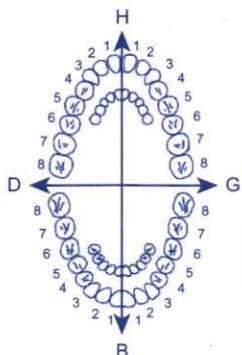
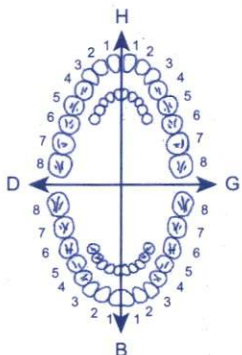
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur SEFRIoui Abdelali

Agrégé de la faculté de Médecine Rabat

CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE

CHIRURGIE VASCULAIRE

Membre de la société Française

de chirurgie Vasculaire

Varices - Echodoppler

Sur rendez-vous

الأستاذ عبد العالي الصفريوي

مبرز بكلية الطب بالرباط

الجراحة العامة - جراحة الجهاز الهضمي

جراحة العروق

عضو بالجمعية الفرنسية لجراحة العروق

بالموعد

LOT 212369
EXP 9 2026
PPV 45.90

Laboratoire Sotherma
CARBOSYLANE
Boîte de 96 gélules (48 doses)

PPV 74.00 DH



6 118001 070893

X1017 0425

LOT PER

Prix 99.00

X1019 0126

LOT PER

Prix 99.00

46.00 20/06/22

- Digesline.

1 gel. matin et soir

- carbo sylane

74.00

1 gel matin / soir

- Lixifra.

99.00 x 2

1 gel. / j

45.5

318.00

7- BEN BAKI
Rachida

PHARMACIE SA
138 Av. Mers Sultan
Tél: 0522 20 77 69

PJ. Abdelali SEFRIoui
Chirurgie Vasculaire et Vascular
138- Av Mers Sultan - Casab
Tél: 0522 20 77 69

Professeur SEFRIQUI Abdelali

Agrégé de la faculté de Médecine Rabat

CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE

CHIRURGIE VASCULAIRE

Membre de la société Française

de chirurgie Vasculaire

Varices - Echodoppler

Sur rendez-vous

الأستاذ عبد العالي الصفريوي

مبرز بكلية الطب بالرباط

الجراحة العامة - جراحة الجهاز الهضمي

جراحة العروق

عضو بالجمعية الفرنسية لجراحة العروق

بالموعد

2010612022
Reçu de Mr: BEN BAKI Rachida
la somme de 600,00 (Six cent
dix) comme frais et honoraires pour
un échographie et domi noté.
K: 600,00 (Six cent dix) /