

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014495

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. CHAFI ABDELLATIF

Date de naissance : 14-09-89

Adresse : OULFA AZHARI 64 av. - CAS

Tél. : 06 20 13 42 23 Total des frais engagés : 200 + 1177.40 + 990

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23-09-2022

Nom et prénom du malade : CHAFI YASMIN Age : 33 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique & Dermatose

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CAS

Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/09/22

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
27/07/2016	G1		200,00	 Dr. Rachid El Ouedraoui Médecin Généraliste 295 Av. Oued Eddahou Casa - Tél. 06 66 80 60 60 IKPE 091076893

دكتور الحريشي رشيد
Dr HACHICH Rachid
Medicine Generale
295 Av Oued Tansil Cite El Oulfa
Casa Vel 0666 80 66
INPE 091776893

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/22	1177,40
	24.09.22	990,60

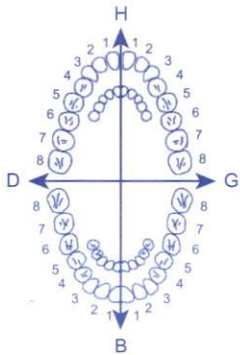
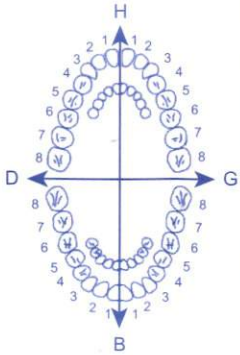
[illegible][illegible]

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"/>										
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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

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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>		

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE
L'EXECUTION

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 الحريشي رشيد
الطب العام

295، شارع وادي تانسيفت (24، مجموعة E)

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف: 0666 80 76 66

Casablanca, le :

23 شتنبر 2022

دكتور الحريشي رشيد
Dr HRICHI Rachid
Médecine Générale
295 Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tél. 06 66 80 76 66
INPE 091076893

Mlle CHAFI YASMINE

3670 x 2
1) Anxiol 6mg

5 (2,00 x 2)
1/2 - 1/2
2) Seroquel 200
0 - 0 - 1

3) Medizapin 10mg
1cp lj
(2 Bates) 20 x 2
51,30

4) Medizapin 2,5mg
up lj

5) Tegretol 400mg
up lj

6) Tegretol 200mg
up lj

LOT: 042
PER: JUN 2023
PPV: 291 DH 00

30 قرصا ملبسا

LOT: 053
PER: AVR 2024
PPV: 291 DH 00

LOT: 037
PER: AVR 2023
PPV: 113 DH 50

6118001 030347
TEGRETOL® CR 400 mg
Comprimé
pellicule sécable
PPV : 82.70 DH

LOT: M21142
EXP: SEP 2024
PPV: 51,30 DH

دكتور الحريشي رشيد
Dr HRICHI Rachid
Médecine Générale
295 Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casa - Tél. 06 66 80 76 66
INPE 091076893

1177,40

7). Temesta 1mg

rep 1j

8). Nozinan 25mg

rep 1j

SV

24,10

9). Depakine 500mg

rep 1j

10). Fluoren 500mg

rep x 3j

Dr HIRCHI Rachid
Médecine Générale
295 Av. Oued Tansit Cité El Oulfa
Casa tel: 06 66 80 66
INPE 09 1076893

36,70

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair brou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

200mg Cpr enr
Boîte de 60

27016 DMP/21NSF P.P.V: 552,00 DH

6 118001 021314

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair brou al aouam roches
noires casablanca
SEROQUEL

200mg Cpr enr
Boîte de 60

27016 DMP/21NSF P.P.V: 552,00 DH

6 118001 021314

36,70