

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- 0047478

150075

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 Société : RAO

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKADVT Saïda E. Haidy

Date de naissance : 20/04/1965

Adresse : Haj Fat'h N° 29

Tél. : 0707773098 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/02/2023

Nom et prénom du malade : Oukassou Saïda Age :

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

Nature de la maladie : HTA + Affection Longue Durée

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
16/02 2023		1 = 801		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 16/02/2023	16/02/23 788,70	 788,70

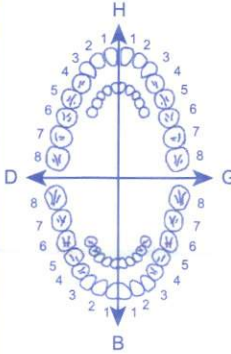
[illegible][illegible]

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																						
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 45%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> </div>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 45%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/> </div> </div>
H		H																							
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Arafat Alaoui Sakina

الدكتورة عرفة العلوي سكيانة

Médecine Générale
Diplômée en Echographie
par l'Université Hassan II
Médecine de travail

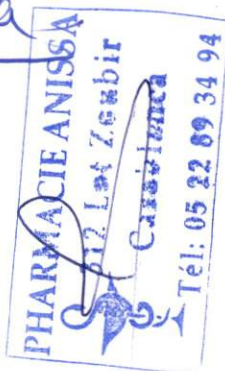
الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
من جامعة الحسن الثاني
طب الشغل

ICE : 00210345000043

INP : 091011973

Casablanca, le 16/02/2023 : الدار البيضاء، في

Mme Arafat Alaoui Sakina



142,79 x 2 = 285,40
1) Coveryl 100 mg
1ch / 1x 3ms

99,002 x 2 = 198,004
2) NOR Long 100 mg
1ch / 1x 3ms

56,803
3) Aldactone 100 mg
1ch / 1x 3ms

21,804 x 2 = 43,608
4) Aspegic 100 mg
18mg liquid 1ch / 1x 3ms

5) Tangamil 500
 31,00 14 x 3/4 effervescent



6) Canine 87
 98,90 12 x 3/4 effervescent



7) AmoxiPeg
 55,00 14 x 2/3 effervescent



Pharmacie Anissa
 Médicine Générale (Chirurgie)
 Médicin général
 Bd. Oued Sebouh, Bât 174 n° 65
 Tel: 023 91 12 77 / 023 91 12 78
 ICE: 00310345000043

728860

☒ Tangamil® 500 mg
 ناخايل® 500 ملغ
 30 comprimés - 30 قرص
 VTE: MA - PPV: 51DH00
 6 118001 183340

Pharmaceutical Institute
 R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

PPV: 98 DH 90

PPV: 55,00 DH
 LOT: 648422
 PER: 11/23

12

142,70

142,70

ASPEGIC 100MG
 SACHETS 820
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 22E001
 PER: 02 2024
 6 118000 061113

PHARMACIE ANISSA
 311 Lot Sebouh
 Casablanca
 Tel: 05 22 89 34 94

788,70

ASPEGIC 100MG
 SACHETS 820
 P.P.V.: 21DH80
 LOT: 21E005
 PER: 05 2023
 6 118000 061113

LOT : 220585
 EXP : 05/2025
 PPV : 99,00DH

LOT : 221865
 EXP : 01/2026
 PPV : 99,00DH

ALDACTONE 50MG 20 CPS
 P.P.V.: 58DH80
 LOT: 170028
 PER: 01 2023
 6 118001 170028

Laboratoires
 Pfizer S.A.