

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- 080205

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04804 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAAKISSI Abdelilah

Date de naissance : 13-01-60

Adresse : Beni Bid

Tél. : 0666353691 Total des frais engagés : 420,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/2023

Nom et prénom du malade : MAYAO KHADIJA Age :

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

Nature de la maladie : cystite

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) :

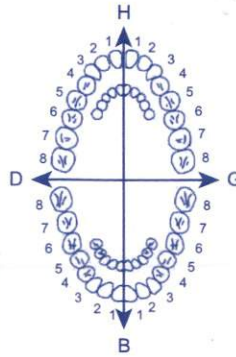
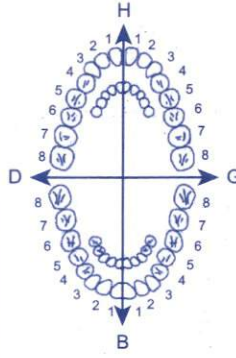
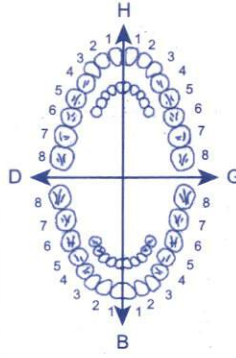
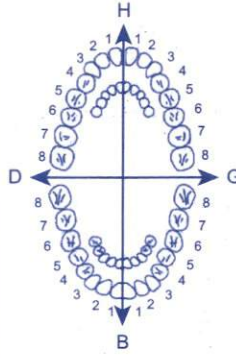
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| 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 |
| 09/02/2023 | | | 1700 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| Pharmacie MARHAB Dr. Amina LAMIR 26, Bd. Brahim Roudani Wafiq - Berrechid | 09/02/23 | 250.10 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 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 |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 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"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <div> <div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> <div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div> <td rowspan="4">COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | |
| D | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| G | | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| B | | | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div> <div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> <div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div> <td rowspan="4">COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></td> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <div> <div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> <div> <div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div> </div> <td rowspan="4">DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></td> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | G | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | | G | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

Dr GHARFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Bouafi

Diplôme en échographie de l'université

Paris Descartes

Diplôme en diabétologie

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكار

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

-الرباط-

Berrechid le

برشيد في

JAYAD KHADI'S A

Pharmacie MARHABA
Dr. Amina LAMIRI
20, Bd. Brahim Roudani
Wafiq - Berrechid

170.00
1) OFUKEN 500

1p x 21 (8j)

S.V

15.70

2) Toploilip

S.V

69.80

3) Flucanyl 500

S.V

14.60

4) Dulip

1p x 21 (8j)

S.V

= 250.10

PPV 14DH60
PER 11/25
LOT L3783



LOT 223308
EXP 09 24
PPV 170.00 DH

LOT: 22E030
PER: 05 2024

TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V.: 15DH70



LOT: 22E016
PER: 06 2027

FLAGYL 500 mg
CP PEL 820
P.P.V.: 49DH80

