

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.

Diagnostic 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.

Éducation :

- 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.

Maladie :

- 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

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° M20- 0004070

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1572 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUINIR TAHAR
Date de naissance : 01 04 38
Adresse : Groupe B rue 91 n°13 EL OULFA CASA
Tél. : 06 58 06 92 57 Total des frais engagés : 544 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 / 03 / 2021

Nom et prénom du malade : MOUINIR TAHAR

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

Nature de la maladie : Anémie + pneumopathie

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 : Casablanca

Le : 05 / 03 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

MUPRAS

15 AVR. 2021

ACCUEIL

[illegible]

26/03/2021	C1	2021	الدكتور الحريشي رشيد Dr. HRICHI Rachid Médecine Générale 5, Av Oued Tansift Cité El Oulf 3a - Tél : 05 27 19 43 9
------------	----	------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26 03 2021	544,00

$$\begin{array}{r} 26 \\ \times 3 \\ \hline 78 \end{array}$$

544,00

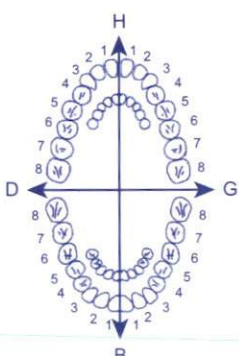
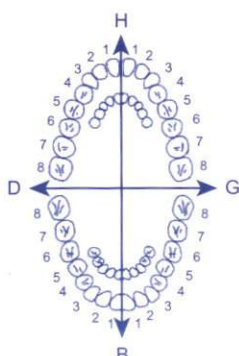
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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'

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 <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 MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	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'EX

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS								
					DEBUT D'EXECUTION								
					FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> G D <table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS									
				DATE DU DEVIS									
			DATE DE L'EXECUTION										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

P.P.V.

79 70

79,70

Casablanca, le : 26/03/2021 : الدكتور انصريتي رشيد

Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 27 19 43 96

Mr MOUNIR TAHAR

P.P.V.

79 70

79,70

1). Lithomax 500mg (03 Boites) 79,70 x 3
7 flj pendant 08 jours = 239,10

LOT: M0632
EXP: MAI 2022
PPV: 19.30 DH

2). Olinne 19. 79,70 x 3
7 flj x 3 flj = 239,10

3). Oedes 20mg 2,80 x 3 = 8,40
7 gélule flj

4). Ferplex 40mg (03 Boites) 60,00 x 3 = 180,00
7 flacon flj

P.P.V.

79 70

79,70

Dr. HRICHI Rachid
Médecine Générale
295, Av Oued Tansift Cité El Oulfa
Casablanca - Tél : 05 27 19 43 96

LOT 200712
EXP 01/2023
PPV 52.80DH

FERPLEX 40 mg
Fer protéinsuccinylat
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
Fer protéinsuccinylat
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

FERPLEX 40 mg
Fer protéinsuccinylat
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60,00 Dhs

LOT 191342
EXP 04/2022
PPV 52.80DH