

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie 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.

ique :

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.

entaire :

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° P19- 049008

ND: 319 40

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1417 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : WASMIH MOHAMED

Date de naissance : 10/01/1949

Adresse : 33 Rue B1 GPP N QUANTIER OULA

Tél. : 0677066053 Total des frais engagés : 378,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/07/2020

Nom et prénom du malade : WASMIH MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 06/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
	06/07/2022	128,10

[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 canalaires, ainsi que le bilan d

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			
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: right; margin-right: 10px;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

Spécialiste des Maladies de L'Appareil Digestif

(Foie, estomac, colon, hémorroïdes)

Lauréat de C.H Avicenne Rabat

D.U de Proctologie de Toulouse

Membre de La Société Française de L'Appareil Digestif

Membre de La Société Française de Coloproctologie

Ancien Médecin à l'hôpital Moulay Youssef

• Echographie Abdominale

• Endoscopie Digestive

• Proctologie Médicale et Chirurgicale

أخصائي في أمراض الجهاز الهضمي

(الكبد , المعدة , الأمعاء , البواسير)

خريج المستشفى الجامعي ابن سينا الرباط

حاصل على دبلوم جراحة المخرج (تولوز)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المخرج

طبيب سابق في مستشفى مولاي يوسف

• الكشف بالجهر الداخلي للمعدة و الأمعاء

• الكشف بالأمواج فوق الصوتية



Casablanca le :

06/07/2022

N° WASHI. N° 104980

PHARMACE DE LA WASHI
ZEKRI Abdelati
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulaya-El Oulfa
Casablanca Tel: 0522 96 51 13
Fax: 001573213000003

① Ballon/Pzel

2ml x 2/2

21,00

② Libmax

ag x 2/2

52,00

③ SNECTA

100 x 3

54,70

④ Nubermin

200 x 3

108,00

LOT:20005 PER:01/2023
PPV: 21,00 DH

SMECTA 3G
SACHETS B30
P.P.V : 52DH40
LOT : 3MA607
PER: 03/2022
118000 011460

54,70