

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.

Diagnostique 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.

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.

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° P19- 0015314

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1257 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERIF THER Date de naissance : 01/01/50

Adresse :

Tél. : 0661250186 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Diabète - Nutrition - Obésité - Maladies du Sommeil
45, Bd Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 1
5ème Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 56 37 38

Date de consultation : 05/10/2020

Nom et prénom du malade : CHERIF THER 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 5/10/2020 Le : 5/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
27/10/2020	6		30,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/2020	354,90

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ancien médecin attaché aux hôpitaux de France

Médecin du sommeil – Diabétologue – Nutritionniste

Membre des sociétés françaises du sommeil (SFRMS),
du diabète (SFD), de nutrition (SFN) et d'obésité (AFERO)

- ❑ Diabète de l'enfant, de l'adulte et de la grossesse
- ❑ Cholestérol – Triglycérides – Goutte
- ❑ Nutrition des maladies chroniques – Rééducation alimentaire
- ❑ Régimes – Prise en charge du surpoids et de l'obésité (Enfants - Adultes)
- ❑ Insomnies – Apnées – Polysomnographie du sommeil

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

طب النوم - داء السكري - التغذية

عضو الجمعيات الفرنسية لأمراض النوم،
لداء السكري، للتغذية والسمنة.

- ❑ داء السكري : الأطفال - الكبار والمرأة الحامل
- ❑ الكلستيرول - الدهون الثلاثية - النقرس
- ❑ تغذية الأمراض المزمنة - التربية الغذائية
- ❑ برامج لإنخفاض الوزن (للأطفال والكبار)
- ❑ الأرق واضطرابات النوم - تسجيل النوم

Casablanca le :

A revoir le :

1. ^{255,00} Alyse & Iry


2- $39,80$ lawyer


Dr. BERRADA GOUZI Moham

Dr. BERRADA GOUZI Mohamed Hicham

Diabète - Nutrition - Obésité - Maladies du Sommeil

45, Bd Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 1
5^{ème} Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 56 37 38

3- ^{31/3} Zylowic 2w y 

4- 28,80 → 1/7 x 2mms
Vitacril 

5- Ultra lisse
1 tab 7/7 x 1mg

Dr. BERRADA GOUZI Mohamed Hicham

Diabète - Nutrition - Obésité - Maladies du Sommeil
45, Bd Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 1
5ème Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 56 37 38

354,90

Pharmacie Chragui
Dr. HELZY HICHAM
Chragui Sahel Old Htz - Berrachid
Tél: 0675 64 07 49

LOT 201273
EXP 05 2024
PPV 31.3Q

31.30



Lot:

000930
03 2022

255DH00

A20012118/00

PPV
LOT
PER

28,50