

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.

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

M22- 0016455 **132155**

☒ Maladie

☐ Dentaire


☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2118** Société : **R.A.M.**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **TALLABI AHMED**
 Date de naissance : **01.01.1949**
 Adresse : **AL Khenzawa EL. n° 186 n/c/o**
Casablanca
 Tél. : **06 72 18 0134** Total des frais engagés : **71740 \$** Dhs

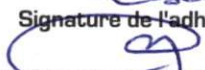
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **19/10/2022**
 Nom et prénom du malade : **Mauldy Fatima** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **DR**
 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 : **Casablanca**

Le : **17/10/2022**


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
17/10/22				
19/10/22		2	206MAS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/22	467,400M

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

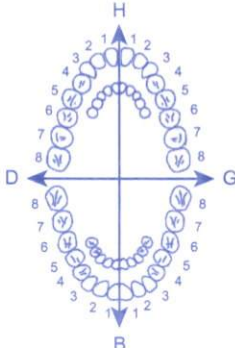
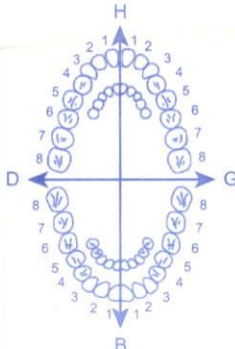
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser l'acte traité, 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.

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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Ezzahra
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء
طالب الهدى

SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

إختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،
أمراض الأيض و التغذية

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

• خريجة كلية الطب بالدار البيضاء.

• طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء.

• دبلوم جامعي في أمراض الغدد و الأيض أثناء الاستقبال إلى

مرحلة البلوغ، باريس.

PHARMACIE SOUFIANE
GROUPE PK, Rue 164 N° 23/35

EL Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Casablanca Le : 19/10/11

ORDONNANCE MÉDICALE

Mr Abdulaziz Fatima Ep Talebi

78,70x2

1) Diamicon 600g/cpl



1cpl/j

Le matin avant

petit déjeuner

107,60

36,20

4ms

2) Stégid 700g/cpl



0 - 1 - 0

après déjeuner

99,00

4ms

3) Négmine 300g/cpl



1cpl/j

le soir

1ms

TPSVP

05 22 10 41 59

elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point
Chahdia, Oulfa, Casablanca

4 13,40x4 Levothyrox 50µg

A'S

1cplj

400

6,80x2

3 467,40 Levothyrox 25µg

A'S

2cplj

400

LOT 221260
EXP 04 2025
PPV 107.60

LOT 221189
EXP 04 2025
PPV 36.20

78,70

soit 62,5 µg

30260mmant
peltajem

MBA4 0625
LOT PER
Prix 99.00
vitamine

78,70

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

DR. TALIB EL HOUDA
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies du système endocrinien
N°48 ter étage - Rue 24000 point Casablanca
Oulfa, Casablanca - Tél. 05 22 10 41 51

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K. EL BACHA
EL Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63
I.C.E.: 000500246000026