

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- 0024909

☒ Maladie

☐ Dentaire

2071

☐ Optique

244703

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2071 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : BENE REICH SIDI AHMED

Date de naissance : 1952

Adresse : AL FAJR

Tél. : 066789752 Total des frais engagés : 0674518957 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 JAN 2023

Nom et prénom du malade : BOUSOUACHAN RASIA Age : 61

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

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Casa Le : 16/12/2022

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 Honoraires
15/12/2022	Cs	2500K		Dr. IFTAKH ZAHRA Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques Av. Mokhtar Gamadioui Imm 39 N° 2 1er Etg Hay Sâada Sidi Bernoussi Tel.: 0520 98 65 43 GSM 0709 24 16 13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LISSANE EDDINE Dr. Aziza LISSANE EDDINE 69 Bis, Groupe Al Balda Hay Al Oods Sidi Bernoussi - Casablanca Tel : Fax : 05 22 74 07 40	16/12/22	353,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

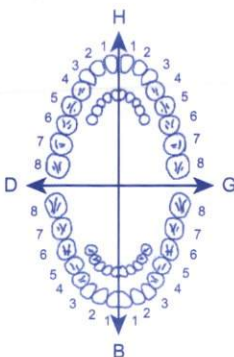
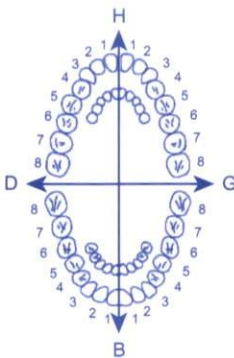
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Docteur Fatima zahra IFTAHY

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et

Maladies métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine

de Casablanca

Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

de Casablanca



الدكتورة فاطمة الزهراء

إفتاحي

أخصائية في أمراض الغدد، داء السكري

و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

Ordonnance

لا تغير تاريخ الفحص

Casablanca, le 26/12/2022 الدار البيضاء في

Mme Benbouelham Rodia

① Levothyrox 50µg
1 pl. matin

3 mois

② Levothyrox 25µg
1 per demi matin et soir

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

③ Scuie fort 100.00
49,60x3 1 compl 15 pl 2 mois
148,80 15 compl 15 pl 4 mois



DR. IFTAHY F. Zahra
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Av. Moukhtar Gernaoui Imm 39 appart N 2
1er Etg Hay saada. 20101 Berrassoul - Casablanca
Tél: 05 20 98 55 43 - Gsm: 07 07 74 16 13

رقم 39 شقة رقم 2 الطابق الأول حي السعادة البرنوصي - الدار البيضاء

Avenue Moukhtar Gernaoui Imm 39 Appt N°2, 1er étage, Hay Saada

Tél.: +(212) 520 986 543

Gsm.: +(212) 707 741 613 / الهاتف:

E-mail : dr.iftahy@gmail.com

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025

(u)

Force pill **(SV)**

20500

2 Gell; Notim q's Reps (3 mois)

353,80

PHARMACIE LISANLEDDINE
Dr AZIZA LISSANE EDDINE
69 Bis. Groupe Al Baïda Hay Al Ouds
Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 740 740

Dr. IFTAHY F. Zahra
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Av. Moukhtar Benachour Imm 39 appart N 2
1er Etg Hay sarda. Sidi Bernoussi. Casablanca
Tél: 05 20 98 55 43 / Gsm: 07 07 74 16 13