

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-582567

147452

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00683

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABDAD YAHYAMED

Date de naissance :

11-12-1943

Adresse :

256 Bd de Bordeaux EG 5
Appart 10 Casablanca

Tél. : 0663188244 Total des frais engagés : 1461,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

AOUAD YAHYAMED Age: 79ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladies chroniques

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer le renseignement 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 : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Dr. CHOUAIB 9, Boulevard My Abdellah Tétouan - Tél: 05 22 22 27 27 NPE: 092043355	27/04/2025	1461,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques

Obésité - Cholesterol

الدكتورة المراجعي زينب

متخصصة في مرض السكري

والغدد

السمنة - الكوليسترول



Q 3/11/22

25,10

M Avad M'hamed

25,10 x - Iphodia 1000
0 - 0 - 2

1193,00 x - Victoza
1,200 1,1

243,00 x - Trebisa
1200 1,1



PPV : 243,00 DHS
1 stylo pré-rempli 3 ml
100 unités/ml
Trebisa® FlexTouch®
Solution injectable

PHARMACE MY YOUSSEF
Salma CHEHIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Casablanca Tel: 05 22 22 27 27

INPE: 092043355

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



Dure (184)

1461,15

~~Nurafine (184)~~

~~Nurafine (184)~~

شارع مولاي يوسف زنقة بوكراع إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء
737, Angle Youssef Rue Boukraa, Résidence Miramar N°3, 1^{er} Etage

Tél. : 05 22 26 52 11

1461,10

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE

139 BD MOULAY YOUSSEF

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310

N° ICE: 001597613000058

Aouad mhamed

I.C.E. :

N° CNSS : 6387733

Tel : 022222725

Fax : 022480768

Le : 27/01/2023

FACTURE N°: 9107/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	TRESIBA FLEX TOUCH 100 U/ML	243.00	243.00
1	IPRADIA 1000 MG BT 30 CPS	25.10	25.10
1	VICTOZA 6 MG BT 2 STYLOS	1193.00	1193.00

Total : 1 461,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE MY YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139 Boulevard My Youssef
Casablanca. Tél: 05 22 22 27 25
INPE: 092043355