

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

- Reclamation : 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° M21-0030982

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1570 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Noustajui Nef
Date de naissance : 01/01/1950
Adresse : LOT ELKOTBI N°3 SAADA ELTADIDA
Tél. : 0622604893 Total des frais engagés : 405,50# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/2/2023
Nom et prénom du malade : Mohamed Nef 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 : ELTADIDA

Le : 15/02/2023

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
13/12/2023				
15/12/2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/12/2023

403,50

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
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

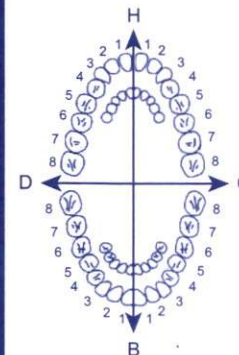
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

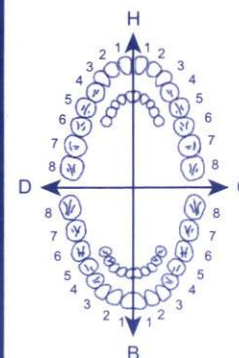
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Asmaa SAHLI

Médecin Spécialiste en :

Endocrinologie - Diabétologie
Maladies Métaboliques - Nutrition et Obésité



الدكتورة سهلي أسماء

طبيبة اختصاصية في

علم الغدد - داء السكري

الأمراض الإستقلابية - التغذية والسمنة

✦ خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء عين الشق

✦ طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

✦ حاصلة على دبلوم كلية الطب مولدواي فرنسا، علاج كسفن أرجل مريض السكري

✦ حاصلة على دبلوم كلية الطب مولدواي فرنسا، التغذية وعلاج السمنة

✦ شهادات التوعية الطبية لمرض السكري

✦ تكوين يخص مضخة الأنسولين

* Lauréat de la Faculté de Médecine et Pharmacie Casablanca

* Ancienne Interne du CHU, Ibn Rochd Casablanca

* Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier, France Pied Diabétique

* Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier, France Nutrition de l'Obésité

* Certifiée en Éducation Thérapeutique du Diabétique

* Formation en pompe à insuline

El Jadida, le

15/2/2023

Moastkari Mohand

89,00x2
54,30
1/2000000



1/2000000

43,30x4
2) AD



1/2000000

19/2/2023

405,50

4330



4330



4330



4330



الهاتف : 0523 36 17 30

العمول : 06 93 66 20 22

البريد الإلكتروني : doct_sah_83@hotmail.fr

رقم 3 زنقة فاس الجديدة

قالة مدرسة (الزاهية)

89,00

DIAMICRON 30 mg 

60 comprimés à libération modifiée



6 118000 100089

89,00

DIAMICRON 30 mg 

60 comprimés à libération modifiée



6 118000 100089

89,00

DIAMICRON 30 mg 

30 comprimés à libération modifiée



6 118000 100072