

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

- 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- N° 001639

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03406 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEBAA MOHAMED
 Date de naissance : 27-09-1959
 Adresse : RUE 6 N°20 Lotissement Vermont
 POLO CALIFORNIE CASABLANCA
 Tél. : 0661522514 Total des frais engagés : 495,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 DOCTEUR KHLAFA MOHAMED
 Médecin Spécialiste
 Diplôme d'Endocrinologie
 Diabétologie - Maladies Nutritionnelles
 Mohammed INF 001005530
 Date de consultation : 08/07/2025 Age : 64
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : hypo thyro - Insuffisance Vitale
 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 : 05/05/2023
 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	Cacher et signer l'attestation de paiement des Actes	
08 / 02 /27	62	n	dosno		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERRAHMANI KETTANI Houda Docteur en Pharmacie 101, Bd. El Hachemi El Filali Ex. Taddert Colloomie - Casablanca Tel 05 22 52 30 51	08/02/23	295,20

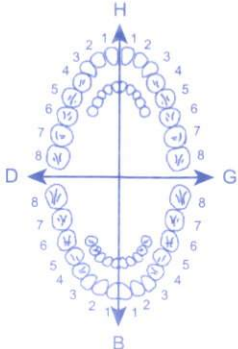
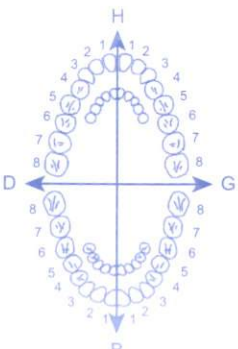
[illegible][illegible]

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																				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B	
	H		H																					
	25533412		21433552																					
	00000000		00000000																					
	D		G																					
	00000000		00000000																					
	35533411		11433553																					
	B																							
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																				
			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR KHLAFA MOHAMED
Médecin Spécialiste
Diplôme d'Endocrinologie
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles
diplômé de l'université
René Descartes
Paris

INP 091085530

2025/20
PHARMACIE ERRAHMAN
KETTANI Houda
Docteur en Pharmacie
101 Bd. El Hachemi
Ex-Tekont California - Casablanca
05 22 55 23 00
08 30 80 80 80

الدكتور خلافة
طبيب اختصاصي
اختصاصي في أمراض الغدد
أمراض السكري - أمراض التغذية
خريج جامعة روني ديكرت
باريس

mmidia, Le :

08/02/23 الحمدية

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I16
EXP: 09/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I16
EXP: 09/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21F22
EXP: 06/2024

6x24,40

Levothyrox 100 µg x 6 mois

2x matin

P: Samedi et Dimanche
x 49,60 -
- Dure forte 100.00 -

supale / 15 jour = 3 mois

supale / mois = 3 mois

Le matin -

DOCTEUR KHLAFA MOHAMED
Médecin Spécialiste
Diplôme d'Endocrinologie
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles
Mohammidia - INP 091085530

13. زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف: 04 44

2 04 44 - Mohammidia - Email: doc.khlafamohamed@gmail.com