

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0038022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5552 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUHAIL ABDELMAJID

Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : Habituelle

Tél. : 0662183090 Total des frais engagés : 2418,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/6/2023

Nom et prénom du malade : BILAL Latifa Age :

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

Nature de la maladie : DIABETE - SUCRE

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 : / /

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 Règlement des Actes
21/6/23	C2		300 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE EL MILAL
LAABOUDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laalaj
Cité Plateaux - Casablanca
CF 01553304

21-06-23

218.70

PHARMACIE EL MILAL
JDI Selwa
77, Rue Al Bachir Laalaj
Cité Plateaux - Casablanca
Tél: 0155 3304

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

AM

PC

IM

IV

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 :

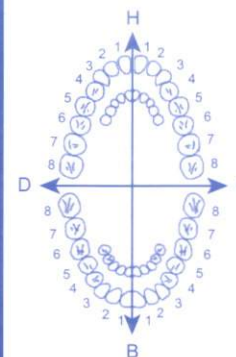
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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]

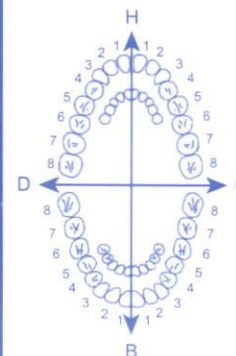
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

البركتورة عرباوي بتال فتيحة

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le :

21/06/23

N° Bilal la tige.

250,00

Bilal la tige

Bilal la tige

Amarel 3

52,10 + 5

460,50

744,00

la tus solostar

20,80 + 9

187,20

Glucohyge 500

180,00

237,00

Flusdet 20

2118,70

recueil de 3

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOLINI B5
P.P.V. : 744DH00



إقامة جوهره، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E002V
PER : 08 2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E002V
PER : 08 2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E002V
PER : 08 2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E002V
PER : 08 2025
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 22E002V
PER : 08 2025
6 118000 060017

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

20,80

LOT 230024 1
EXP 12 2025
PPV 297.00

LOT 223782 1
EXP 11 2025
PPV 180.00
180,00

LOT(10)

670569



2024-03-31



2022-10-24

(01)04015630982097

UDI

ACCU-CHEK®
Performa

06454011

50 Testovacích prúžkov

Na stanovenie glykémie

Iba pre:
glukometry rady Accu-Chek
Performa



CE 0123



Roche

ACCU-CHEK®
Performa

06454011

50 Testovacích proužků

Pro měření glykémie

Pouze pro:
glukometry řady Accu-Chek
Performa

IVD



Roche

ACCU-CHEK®
Performa

06454011

50 Test traka

Za mjerenje glukoze u krvi

Samo za:
modele aparata Accu-Chek
Performa

2°C 30°C



Roche

ACCU-CHEK®
Performa

06454011

50 Teststrimler

Til bestemmelse af
blodsukker

Kun til:
apparater i Accu-Chek
Performa produktfamilien



Roche

REF 06454011039



4 015630 982097

ACCU-CHEK and ACCU-CHEK PERFORMA
are trademarks of Roche.

© 2021 Roche Diabetes Care

06909868061A-0121



Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com
Made in U.S.A.

