

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

N° M21- 0051233

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3504 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENSIDI BRAHIM
 Date de naissance : 1942
 Adresse : HAY DES FOUS RUE Yassin 21
 CASABLANCA
 Tél. : 0662 13880 Total des frais engagés : 175047 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/08/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 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 Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/8/23	198,00
	16/28/23	198,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

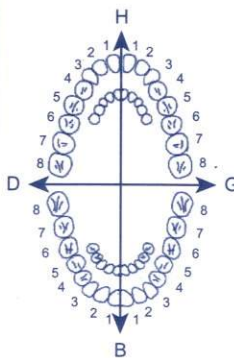
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 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. Anwar ELAALAM

Spécialiste
Chirurgie Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ex. Chirurgien des Hôpitaux Militaires

Chirurgie Digestive, Gynécologique,

Cœliochirurgie, Proctologie

(Hémorroïdes Fissures, Fistules)

Echographie Générale

Casablanca, le

الدكتور أنور العلام

إختصاصي

الجراحة العامة

خريج كلية الطب بمونبلييه

مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

جراح سابق بالمستشفيات العسكرية

إختصاصي في : جراحة الجهاز الهضمي

أمراض النساء، جراحة الشرج (البواسير)

والجراحة بالمنظار

Handwritten signature: BEN & DI BR...

Handwritten notes and calculations:
2390 / 60 Cophoye 0109 2390
40,00 100g x 4 (glucosyl 200g) 400,00
Nps 6
551/6 100g 100g 100g 100g
79,00 4. / 100g 100g 100g 100g
198,00

40100



3 525720 004499

V008 - 10/21 - ETCALI449

CARBOLINE CP 30
PPC : 79.00 DH

Ut Av : 09/25	Lot : D354P
------------------	----------------

IPHADERM

Date de fabrication / Manufacturing date :
À consommer de préférence avant fin /
Best before end of :
Lot n° / Batch n° :

LOT 221261
EXP 10/2027
PPV 23.90DH

Lot n° :

EXP :

PPV :



6118001320158

23,90

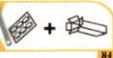
Lot n° :

EXP :

PPV :



6118001320158



CARBOLINE CP 30
PPC : 79.00 DH

Ut Av : Lot :
09/25 D354P

IPHADERM



008-10/21-ETCAL449

40,00



Avertissements et précautions :

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre D-CURE.

- La vitamine D sera administrée avec prudence chez les patients présentant une insuffisance rénale, une lithiase ou une maladie cardiaque car, chez ces patients, les risques liés à une hypercalcémie sont plus importants.
- Il y a lieu de vérifier la phosphatémie.
- Suspender le traitement en cas de symptômes dus à l'excès en vitamine : fatigue, nausées, diarrées, augmentation du volume des urines.
- L'utilisation de fortes doses de vitamine D suppose un contrôle étroit de la teneur en calcium dans le sang et/ou de la teneur en calcium dans les urines.
- La prudence s'impose chez les patients sous médicaments apparentés à la digitaline.
- Si vous prenez déjà d'autres médicaments, veuillez lire également la rubrique « Interactions avec d'autres médicaments ».

Autres médicaments et D-Cure :

Informez votre médecin ou pharmacien si vous prenez, avez récemment pris ou pourriez prendre tout autre médicament.

- La phé-