

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

M23- 021186

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : <u>3567</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>RHOUFACHA Aloufaddaoui</u>		
Date de naissance : <u>01/01/57</u>		
Adresse : <u>ATTADAMOUN Rue 2 FMW 77 APS 3 EL OULFA CAS</u>		
Tél. : <u>0674732292</u>	Total des frais engagés :	<u>23020</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>16/10/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Mr Rhoufacha Nacerdaoui</u>			
Lien de parenté : <u>Qui-même</u>	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>DR</u>			
Affection longue durée ou chronique <input checked="" type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC	Pathologie : <u>MIPRAS</u>		
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 6/11/23

Le : 01/10/23

Signature de l'adhérent[e] : M. Rhoufacha Nacerdaoui



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
16/10/13		2	250,00 Dhs	DR TALEB Dentaliste et Médecin N°46 1er Etage Rue 3 Gulia - Casablanca - Tel: 0522 65 20 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L. 40 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 0522 65 20 07	16/10/13	J = 2297,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right				

Dr. Fatima Ezzahra
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء
طالب الهودي

SPÉIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

- Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.
- Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd, Casablanca.
- Diplôme Universitaire d'Endocrinologie et Métabolismes de la transition, Paris.

اختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري.
أمراض الأيض و التغذية

- خريجة كلية الطب بالباريس.
- طبيبة داخلية ساهمت بالمستشفى الجامعي ابن رشيد بالدار البيضاء.
- ملقب جامعي في أمراض الغدد والأيض أيام الانتقال إلى مرحلة التعليم، باريس.

Casablanca Le : 16/10/23

ORDONNANCE M

Mr Bloufadia Noureddine

2x926

1)

Amel et
SAKLAZ
140 Lot SAKLAZ
Casablanca
Tél/Fax: 0522 65 26

3x 3502

2)

2 x 2060

3)

Dr. TALEB EL HOUDA F.Z.
Spécialiste en Endocrinologie
0522 10 41 59
B.P. 145, 1er Etage, Casablanca
Gulf-Casablanca, Casablanca

AMAREL 3MG
CP 830

LOT : 22E003
PER : 11.2025

P.P.V : 92DH10

AMAREL 3MG
CP 830

LOT : 22E003
PER : 11.2025

P.P.V : 92DH10

118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

PPV : 390.00 DH
Boîte de 60 comprimés pelliculés
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH

Lot.: 221285
Exp.: 11.2025
PPV: 255DH00

Lot.: 221285
Exp.: 11.2025
PPV: 255DH00

elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point Chahdia, Oulfa, Casablanca

~~12/09/2007~~ Motivations (cp)

32810

⇒ Betaserc

12 gel.

⇒ Flexigel (gel)

2297702

BETASERC 24MG

CP 830

LOT : 23E008
PER : 01/2008

P.P.V : 78DH00

6 118000 012641

BETASERC 24MG

CP 830

P.P.V : 78DH00

6 118000 012641

BETASERC 24MG
CP 830

LOT : 23E008
PER : 01/2008

P.P.V : 78DH00

6 118000 012641

ambassie

PPC : 78,80 DH

PHARMACIE SARANAZ
SARAJAU
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

DR. TALEB EL HOUDAFI
Spécialiste en Diabétologie
Diabétologue N° 1
N° 48, 1er Etage Rue 3
Oulala Casablanca - Tel: 0522 21 11 22