

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

N° M21- 064241

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5842 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL OUASSINI HABIBA
 Date de naissance : 26/08/67
 Adresse : Hay Chifa Rue N° 89
 Tél. : 09/10/33/55/37 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Nutrition
 Bd Al Ouds, Rés les Rosiers, Appt 121
 Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

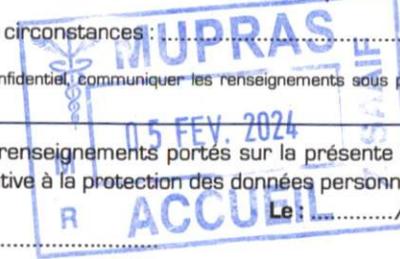
Date de consultation : 15/01/24
 Nom et prénom du malade : M^{me} EL OUASSINI HABIBA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Gaz'rie père
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :
 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
15/01/24	G		3000	Docteur BENLALLA ELGHORFI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Bd Al Qods, Rés les Bosiers, Appt 121 An Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/1/24	2500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

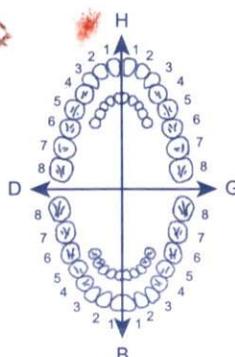
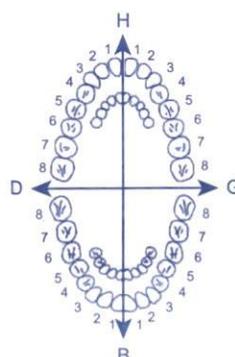
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
و السكري و التغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le

15/10/24

الدار البيضاء في

Mme EL OUASSINI HABIBA

13,10x2
24,40x2
LEVOTHYROX 100

1 comprimé

le matin

UN ALFA 1µG

1 comprimé

matin et midi

172,0x6
TRAITEMENT DE 3 MOIS

55,00x1
AMOXIL 1G

1 comprimé

à midi

RELAXIOM 375

1 comprimé

le matin

25080
PHARMACIE CHRIFA
Ammina RABOUANE
Docteur en Pharmacie
Tél: 05 22 52 35 16
Casablanca
Lot. Chrifa Rue 15 N°2
Docteur BENLALLA ELGHOREFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121
Ain Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 890

070535

Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20

Lot: C85635
EXP: 03 2024
PPV: 172 DH 20

LOT: 230507
D.L.I.D: 06/2026
87,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique
JOUAJDI Pharmacien Responsable

أون-ألفا 1 ميكروغرام
ألفاكالسيدول
30 كبسولة طرية

070535

Lot: C85635
EXP: 03 2024
PPV: 172 DH 20

070535



070535

Lot: C85635
EXP: 03 2024
PPV: 172 DH 20

070535

Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20

أون-ألفا 1 ميكروغرام
ألفاكالسيدول
30 كبسولة طرية



Lot: C78715
EXP: 01 2024
PPV: 172 DH 20



Un-alfa® 1 µg*, capsule molle



Un-alfa® 1 µg* capsule molle

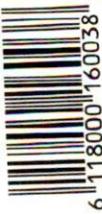
أون-ألفا 1 ميكروغرام
ألفاكالسيدول
30 كبسولة طرية



dans un demi verre d'eau
avant ingestion
تأخذ في نصف كوب من الماء مع الوجبة

Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles
PPV: 55,00 DH
LOT: 650094
PER: 05/24



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336