

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Aïtal Ben Abdellah - Remise Etagère Angle Rue Mohamed Fatur et Rue Abal Ben Abdellah - Quartier de Harouge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-845287

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **M134**

Société : **R A M**

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **SAAOUD, MAJDA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **066019320**

Total des frais engagés : Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Dr EL KHOMRI Amal
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
625 Bd Mohamed V, Belvédère, Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : **09 / 03 / 2024**

Nom et prénom du malade : **SAAOUD MAJDA**

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Hypothyroïdie

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/03/24		02	30081	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.03.24	451.10

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <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			

Dr. EL KHOMRI Amal

Spécialiste en Endocrinologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة الخمري آمال

أخصائية في أمراض الغدد و السكري و التغذية
و أمراض الأيض
خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Ordonnance

Casablanca le : 09 / 03 / 2024

SAAOUD MAJDA

4 - 20 e - wathyrox 50 ug 1cp
13.40 + 3 = 40
6.80 + 3 = 20.40
Le wathyrox 25 ug 1cp
Traitement continu 3 mois

sécables B/30
PPV: 13,40 DH
sécables B/30
PPV: 13,40 DH

sécables B/30
PPV: 6,80 DH
sécables B/30
PPV: 6,80 DH

199
Erlu tafar
1st/5 - 4 mois

399
P.P.C 199 DH
46 x 2 = 92
100.000 UI
4cp5 - 4 mois



P.P.C : 99 DH
Lot : F05/23
Date : 05/26

P.P.C : 199 DH
PPV : 46,30
LOT : 23H21
EXP : 08/2026
PPV : 46,30
LOT : 23H21
EXP : 08/2026

4AP 155 - 3 mois

P.P.C : 99 DH
Lot : F05/23
Date : 05/26

625, Boulevard Mohamed V, 2ème étage, N° 21, en face la Commune,
Station Tram Al Yassir, Bélvédère, Casablanca (Proche de la Gare Casa Voyageurs)
05 20 51 40 65 / Dr.elkhomri@gmail.com