

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

60976
Recette
42

Déclaration de Maladie

N° W19-458175

65233

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 190 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUAIBI Houssaine

Date de naissance : 1933

Adresse : 70, rue Regragua - Goulimine casa

Tél. : 0661 44 77 04 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. TERRAJRAJI Zineb



Date de consultation : 1/3/21

Nom et prénom du malade : Chouaib Houssaine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïde + pédiculose

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/03/2021

9/2
Dates due

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
1/3/21	C2	300	D.D.	Dr. Moulay Youssef et Rue El Jadida 10000 0522 2052 11
19/3/21	Elégie	400	D.D.	Dr. Moulay Youssef et Rue El Jadida 10000 0522 2052 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MY YOUSSEF Salma CHERRI DOUAZLANE Docteur en pharmacie 19, Boulevard MY YOUSSEF Alger - Tél: 05 22 22 22 25</p>	20/03/2021	20,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>												
				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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				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

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie
Diabérologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراحي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

(4/2

Le 12/3/21.

Mme Chorabi Khadja

Hypothyroïdie, TSH = 8,25

→ Enthographie thyroïde

Homme - 4600 Mf

DR. ERRAJRAJI Zineb
Endocrinologue Diabétologue
1237, Angle Bd Moulay Youssef et Rue Boukraa
Résidence Miramar N° 3, 1^{er} étage
Tél: 05 22 26 52 11

737، شارع مولاي يوسف، زنقة بوكراء، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء
737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa Résidence Miramar N° 3, 1^{er} étage
Tél. : 05 22 26 52 11 / GSM : 06 64 00 98 46

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie
Diabérologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجراحي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد

1/3/81

M. Chraïbi Ichadie

6,80 x 3

- leistgax 25

1/2 gli polt 7j

1/2 gli polt 7j

1/2 gli et 1/2

ω de

68 m
=

6118001102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6118001102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6118001102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

DR. ERRAJRAJI Zineb
Endocrinologue Diabétologue
737, Avenue Bd Moulay Youssef et Rue Boukrat
Résidence Miramar 1er étage N° 3 - Casablanca
Tél : 05 22 26 52 11

737، شارع مولاي يوسف، زنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukrat Résidence Miramar N° 3, 1^{er} étage

Tél. : 05 22 26 52 11 | GSM : 06 64 00 98 46