

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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

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

60966  
Recette

S  
ice  
es  
oc

# Déclaration de Maladie

Nº P19- 0028594

Optique

Autres

65208

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 6826

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KARTTI EL DOSTAFA

Date de naissance : 15 1 1944

Adresse : 33 LOT. ESSALAMA 2 SIDI MAAROUF CASABLANCA

Tél. : 06 76 79 43 89 Total des frais engagés : 400, 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Dr. AL ABADDAN Sana  
Endocrinio - Diabétologue  
32, Rue Med. Ben Brahim Marrakchi  
Tél: 05 22 47 07 54 / 06 12 13 80 45  
- 2 FEV. 2021

MUPRAS

FEV. 2021  
ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Hattie Aicha

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète, Goutte, Carence vit D

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 : CRSA Le : 08/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : KTA

#### **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
2 FEV. 2023	C	2	250 DH	Dr. AL ABADIAN SAMA ENDOCRINO - DIABETOLOGUE INP : 091007856 GSM : 06 71 21 72 17

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE EL TAIMIA</b> Fakultas Farmasi Dokter en Apoteker 19 Lot Al Adanissa 0522 33 52	02/02/2021	150,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

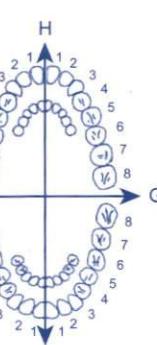
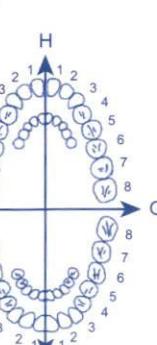
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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

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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 AL ABADANE Sanaâ

Endocrino-diabétologue et nutritionniste

Spécialiste de l'Université René Descartes Paris

Ex. Chef du Service d'Endocrinologie-diabétologie

à la polyclinique CNSS - Ziraoui - Casa

32, Rue Mohamed Ben Brahim Al Morakuchi

20250 Casablanca - Tél.: 06 12 13 80 45 / 05 22 47 07 54

E-mail : sana@sihalla.com

Casablanca, le ..... - 2 FEV. 2021

# الدكتورة آل عبدان سنا.

أخصائية في داء السكري وأمراض الغدد

خريجة جامعة ديكارت باريس

رئيسة مصلحة داء السكري بمصحة

الضمان الاجتماعي الزيرياوي سابقا

زنقة محمد بن ابراهيم المراكشي . 32 - البيضاء

الهاتف : 06 12 13 80 45 / 05 22 47 07 54

sana@sihalla.com : البريد الإلكتروني

الدار البيضاء، في

Kharti Aicha



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7852160335

6.80x2  
LevoThyrox 25

20.80x2 1/2 p. ati

Glucophage 500

ajus més 6

Dene forte

1 cap. 1 ml

46.00  
Stimol 1 cap. 1 ml

x 39100

150.80  
PHARMACIE AL TAIMIA  
FOULOU  
DUCHEZ  
N° 119 Lot A Madarissa Sidi Maârouf  
Tel: 0522 35226

دكتورة آل عبدان سنا  
Dr. AL ABADDAN Sana  
Endocrin - Diabetologue  
32, Rue Med. Ben Brahim Marrakechi  
Tél: 06 22 47 07 54 / 06 12 13 80 45

LOT: 0307  
PER: 10 2023  
PPV: 46.00DH