

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-501750
N°D: 14131

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12542 Société : RAY

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAOUCHI Kherid

Date de naissance : 15/08/1986

Adresse : Hassan 2 Blvd bN°184 ELAPHA

Tél. : 0645018932 Total des frais engagés : 5952/00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie - Diabétologie
87, Bd Abdelmoumen N° 27 - Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code INP : 091028514

Date de consultation : 01 Nov / 2019

Nom et prénom du malade : SMOUNI FARWA Age : 28 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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) :



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 Prélèvement des Actes
1. Nov. 2012			9	

Maille	Cachet et signature du Medecin
Pres	attestant le Prélèvement des Actes
INF	
Prof. Ahmed Farouki Endocrinologue - Dubaï (UAE) 181, Bc Abouelmehdi - Dubaï (UAE) Tel : 0522 00 07 03 - 0522 20 75 76 Code N° : 091028514	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Praticien ou du Fond de Commerce	Date	Montant de la Facture
	01/11/19	5952,00

	Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	EX
--	---	----

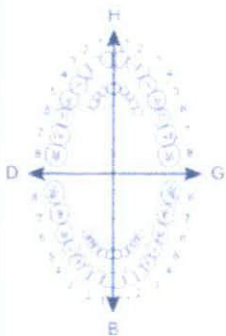
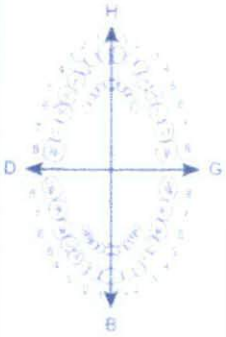
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25933412 10090300 25933411 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433554 00600000 20000000 11433553 </div> </div> B [Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, Nécessaire à la prothèse			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Important:

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents	Nature des	Coefficient
-------	------------	-------------

INP: _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DE
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

18 DEC. 2019

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

S. MOUNI FAROUKI

Présente

Diabète type 1.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Levamisole,
Novo Nordisk.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologie - Diabétologie
187, Bd. Abdelmoumen N° 27 - Casablanca
Tel : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code INP : 091028514

-- LAPROPHAN --

PPV : 841DH00

-- LAPROPHAN --

PPV : 841DH00

Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml

الدكتور

أخصائي في

رئيس سابق بـ

أستاذ



Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon

Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml

-- LAPROPHAN --

PPV : 841DH00

Casablanca, le 18 DEC. 2019

-- LAPROPHAN --

PPV : 841DH00

Dr. SMOUNI FARWA

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK-TAK

19, Place Charles Nicolle
Casablanca

Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 01

841,00 x 4

LEVEMIR



30 - 20

647,00 x 4

Novorapid



14 x 3 / h

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



Pratiquant de

5952,00

Prof. Ahmed FAROUKI
Endocrinologue - Diabétologue
187, Bd. Hassan II - Casablanca
Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code INP : 091028514

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH



Casablanca - Tél.: 05 2

ومن، الطابق 7، الرقم 27

الالكتروني : nail.com

NovoRapid® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 647 DH

