

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

- 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20800 - Tél : 05 22 20 45 45 (LQ) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-587117

ND: 50474

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12542

Matricule : 12542 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAOUCHI Khalid

Date de naissance : 15/08/1986

Adresse : Hassenia 2 Bloc B N°184 Mohammed VI

Tél : 0645018932 Total des frais engagés : 5696,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Prof. Ahmed LAROUKI
Endocrinologue - Diabète - Gynécologue
187, Boulevard Mohammed VI - Casablanca
Tél : 05 22 20 75 76
Code INP : 091028514

Date de consultation : 25/09/2020

Nom et prénom du malade : Fakhira

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

Nature de la maladie : SMOUNT Fadwa

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.

L'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 Le : 25/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



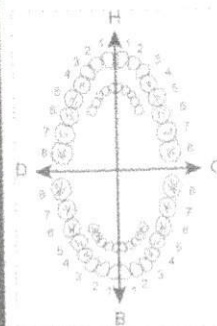
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [Stamp]
				Prof. Ahmed [Stamp]
				End : [Stamp]
				187 E - [Stamp]
				INP : 09102851

Prof. Ahmed Elmaghrabi
End: 187 85
Tel: 0522 20 01 85 - 0522 20 75 76
Code INP: 091028514

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/09/20	5696,00

[illegible][illegible]

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



A circular arrangement of 24 numbered circles (1-24) with a central cross labeled D, H, and R. The circles are arranged in a ring, with numbers 1 through 24. The central cross has labels D, H, and R at its ends.

	H		
	25933412	21433552	
	00000000	00000000	
D	00000000	00000000	C
	35533411	11433553	
	B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLEFFILIANT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT	D'EXECUTION
-------	-------------

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

	DATE DE L'EXECUTION
--	------------------------

Docteur Ahmed FAROUQI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies de la Nutrition

Ancien Chef de Service d'Endocrinologie au CHU de Casablanca
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
Lauréat de la Faculté de Médecine de Lyon

الدكتور أحمد الفاروقي

أخصائي في أمراض الغدد والسكري
وأفراض التغذية

رئيس سابق بمصلحة أمراض الغدد بالدار البيضاء
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
خريج كلية الطب بليون

Casablanca, le 25-09-2020

Dr. Farouqi

NovoRapid® Penfill®
100U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 517 DH



6 118001 120383

NovoRapid® Penfill®
100U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 517 DH



6 118001 120383

NovoRapid® Penfill®
100U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 517 DH



6 118001 120383

NovoRapid® Penfill®
100U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3ml
PPV : 517 DH



6 118001 120383

Levemir® 30 Flexpen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV: 907 DHS



6 118001 121281

Levemir® 30 Flexpen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV: 907 DHS



6 118001 121281

Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 907 DH



6 118001 121281

Levemir® FlexPen®
100U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 907 DH



6 118001 121281

517,00 x4

Levemir

300,00

20,00

907,00 x4

NovoRapid

14,00 x

5696,00

5696,00

5696,00

5696,00

5696,00

5696,00

5696,00

5696,00

Espace Walili 187, Bd Abdelmoumen, 7ème étage, N°27. Casablanca - Tél.: 05 22 20 07 03 / 05 22 20 75 76
05 22 20 75 76 / 05 22 20 07 03 : الهاتف - الدار البيضاء - رقم 27. شارع عبد المومن، الطابق 7، 187، إقامة وليلي

E-mail : endocrino.diabeto87@gmail.com : البريد الإلكتروني

☐ **valable 3 mois**

Le 25/09/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	Tel : 0522 20 45 45 - 0522 20 75 76 Code INP : 091028514
Certifie que Mlle, Mme, M. :	M. Smouni Fadi
Présente	Diabète type 1
Nécessitant un traitement d'une durée de :	3 ans
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	