

# 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.

## 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.

## Éducation :

- 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0003352

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1520 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Moustaei Mohamed  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 03352

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :

# 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.

## 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.

## Educational :

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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043023

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1570 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : NOUSTADOU Mohamed

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse : LOT EL KOTBI 123 SAADA III

EL JABLA

Tél. : 0622604893 Total des frais engagés : 442,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 12/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

[illegible]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
|  | 12/2/2021 | 242,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

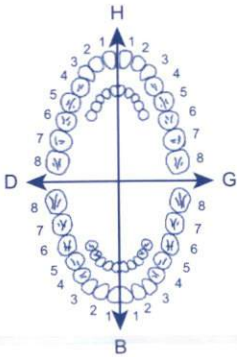
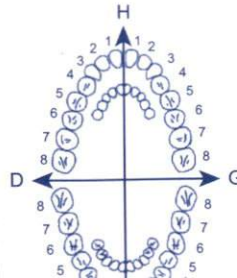
[illegible]

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  |          | Nature des<br>Soins | Coefficient           |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|--|--|----------|---------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------------|----------------------|
|                   |  |          |                     |                       | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|                 | <div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table></div> |          |                     |                       | 25533412                   | 21433552             | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|  | 25533412   | 21433552 |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  | 00000000   | 00000000 |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  | D  | G        |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  | 00000000   | 00000000 |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  | 35533411   | 11433553 |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| B  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
| <div>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> |  |          |                     | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/>       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     | DATE DU<br>DEVIS      | <input type="text"/>       |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |
|  |  |          |                     |                       |                            |                      |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                            |                      |

Dr Asmaa SAHLI

Médecin Spécialiste en :

Endocrinologie - Diabétologie  
Maladies Métaboliques - Nutrition et Obésité



الدكتورة سهلي أسماء

طبيبة اختصاصية في  
علم الغدد - داء السكري

الأمراض الإستقلابية - التغذية والسمنة

\* Lauréat de la Faculté de Médecine et Pharmacie Casablanca

\* Ancienne Interne du CHU, Ibn Rochd Casablanca

\* Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier, France Pied Diabétique

\* Diplôme de la Faculté de Médecine de Montpellier, France Nutrition de l'Obésité

\* Certifiée en Education Thérapeutique du Diabétique

\* Formation en pompe à Insuline

✦ خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء عين الشق

✦ طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

✦ حاصلة على دبلوم كلية الطب مولدوني فرنسا لعلاج تعفن أرجل مرضى السكري

✦ حاصلة على دبلوم كلية الطب مولدوني فرنسا للتغذية وعلاج السمنة

✦ شهادات التوعية الطبية لمرضى السكري

✦ تكوين يخص مضخة الأنسولين

El Jadida, le

12/2/2012

Moustakim

Le Vortex 100 50

12x13,40 1901

Le Vortex 100 25

12x6,86 1901

242140



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH



Levothyrox® 50µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

الهاتف : 0523 36 17 30

المحمول : 06 93 66 20 22

البريد الإلكتروني : doct\_sah\_83@hotmail.fr

جديدة

قبالة مدرسة (الرسية)



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

7862160336



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102006

**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335