

## 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      |
| → 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-594202

CA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1530

Société :

RAM

RETIRATE

Nom & Prénom :

HASSAN MANSOUR

Date de naissance :

15 MAI 1951

Adresse :

32 RUE DES BLOUERES MARAUF EST  
CA SIDI BOUAZIZ

Tél. :

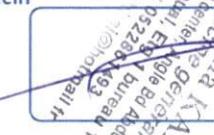
0661 464641

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/01/2021

Nom et prénom du malade :

ABDERRAHMANE MANSOUR

Age :

51

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ARTHROSIS

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-594202

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 :

1530

Nom de l'adhérent(e) :

HASSAN MANSOUR

Total des frais engagés :

14185,60

Date de dépôt :

## 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
20-12-2021	2021	1	INP : INPE : 09119198	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE YOUSSEF BENNIS 2 - 65 Bd Yacoub El Mansour Casablanca 22255204	20/02/2021	1285,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

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

## **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

**Docteur Loubna KABBAJ**

**Médecine générale**

**Femmes - Hommes - Enfants**

- Ancien **médecin Urgentiste Polyclinique**

**CNSS** Derb Ghalef, Casablanca

- **Diplôme Universitaire de Diabétologie**

Faculté de Médecine de MONTPELLIER

- **Diplôme Inter-Universitaire Hypertension Artérielle**

Faculté de Médecine de STRASBOURG

- Echographie générale

- Electrocardiogramme

**الدكتورة لبني قباج**

**الطب العام**

**نساء - رجال - أطفال**

- طبيبة مستعجلات مصححة درب غلف المتعددة

التخصصات للضمان الاجتماعي سابقا

- دبلوم جامعي في مرض السكري

كلية الطب مونتوبولي

- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم

كلية الطب ستراسبورغ

- الشخص بالصدى

- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : ..... 20/02/2021

LOT : PER : 05-06-2023

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

**MR MANANE HASSAN**

- 176,20x6
- Hytacand 16 mg/12,5 - comprimé  
2 Comprimé, matin, pendant 3 mois
  - Levothyrox 100 µg - comprimé sécable  
1 comprime le matin pendant 3 mois
  - Lipistal 20 mg - comprimé enrobé  
1 Comprimé, pendant 3 mois
  - Omepral 20 mg - gélule  
1 Gélule, matin, soir pendant 1 mois
  - Metformine win 500 - comprimé  
1 Comprimé, matin, midi, pendant 3 mois
  - Medizapin 2,5 mg - comprimé  
1 Comprimé, soir pendant 2 mois
- 24,49x3
- 92,80
- 10,40x6
- 1285,60

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL 830  
P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

Dr Loubna KABBAJ  
Médecine Générale  
Abdelmoumen center, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, Etg 1 bureau U  
Tél : 05 22 86 55 04 - Casablanca  
Email : l.kabbaj@hotmail.fr

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

Abdelmoumen center, Angle bd Abdelmoumen et Bd Anoual

1er étage, bureau 109 - Casablanca

05 22 86 14 93

l.kabbaj@hotmail.fr

مجمع عبد المؤمن، زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال الطابق الأول

الرقم 109 الدار البيضاء

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP 21/NRC P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP 21/NRC P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP 21/NRC P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue soukair bnoou al aquam roches  
noires casablanca  
**HYTACAND**

16 mg/12,5 mg Cpr  
Bte de 30

29 DMP 21/NRC P.P.V: 176,20 DH  
6 118001 020898

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT 20003

PER 06 / 23

PPV 92 DH 80

92,80