

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.

Diagnostique 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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALÇ :

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

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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008468

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05882 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FATHANE FATHAMEL
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 0656 991239 Total des frais engagés : 1200,90 DHS

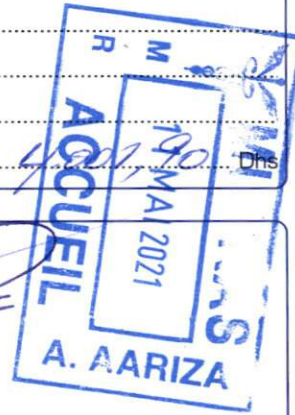
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/2/2021
Nom et prénom du malade : FATHANE FATHAMEL Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète / Colécholesterol
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) : Le : 25/02/2021


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
45 02 24	C		150,-	 Dr. Fouad Ostodipraticien Diabetologie - Nutrition Medecin du Sport - Mesothérapie Amal 2 Bd Ahmed Ben Bassou Bernaoussi - Casa - Tel. 022 73 33 7

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Riad Hay Al Qods - Casablanca Tél: 05 22 73 21 91	25/02/2021	3851,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

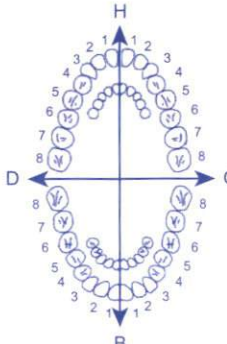
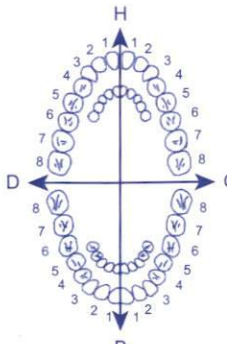
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Docteur Fouad RAÏS

Omnipraticien

Diplômé de Diabétologie

Diplôme de Diététique

Nutrition

Cholestérol - Obésité

Médecin du Sport - Mésothérapie

الدكتور فؤاد رايس

الطب العام

دبلوم جامعي لداء السكري

دبلوم جامعي في علوم التغذية

الحمية

الكليسترول - السمنة

الطب الرياضي - ميزو تراي

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos

-- LAPROPHAN --

PPV : 571DH00

8-9670-73-270-1



6 118001 121304

Casablanca, le :

25/02/2021

في :

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS

NovoRapid® FlexPen®

100 U/ml

Solution injectable

5 stylos pré-remplis de 3 ml

PPV : 571,00 DHS

8-9670-73-270-2

6 118001 121304

TRAITEMENT DE 3 MOIS

TRAITEMENT DE 3 MOIS

Sarofi-aventis Maroc

Routte de Rabat - R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml, inj b5 sty

P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

571,00 Xh

NOVORAPID

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Lot: 200672

A consommer de

préférence avant le: 11/2025

PPC: 79,90 DH

79,90

Dr. Fouad RAÏS
Omnipraticien
Diabétologie - Nutrition
Médecin du Sport - Mésothérapie
Amal 2 Bd. Ahmed Ben Bassou
Bernoussi - Casa - Tél. 022 73 31 74

Dr. Fouad RAÏS
Omnipraticien
Diabétologie - Nutrition
Médecin du Sport - Mésothérapie
Amal 2 Bd. Ahmed Ben Bassou
Bernoussi - Casa - Tél. 022 73 31 74

Pharmacie RIAD AL OODS
310 Bis, Cr. Zenatia 4
Hay Al Oods - Casablanca
Tel : 05 22 73 21 91

☐ valable 3 mois

Le 25 / 2 / 2021

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	<i>Dr RAIS Fouad</i>
Certifie que Mlle, Mme, M. :	<i>FATHANE MUHAMMED</i>
Présente	<i>Diabète typ 1 insulino dépendant</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de :	<i>Continue</i>
	<i>et la box sera renouvelable tout le</i>
	<i>03 mois</i>
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	