

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

- 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 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° W21-608798

CS

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 8714 | Société : RAN | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : KHALIDIRI WAHID | | | |
| Date de naissance : 05/05/68 | | | |
| Adresse : 10, Rue Gassat - Q. Hôpital | | | |
| CASA 062 27 9175 | | Total des frais engagés : Dhs | |

| | | |
|---|--|--|
| Autorisation CNDP N° : AA-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | |
| | Cachet du médecin : | DR BIBASSI ABDELLAH Spécialiste : Endocrinologie - Diabète Nutrition - Obésité |
| Date de consultation : | 2021/05/20 | Age: |
| Nom et prénom du malade : | Dr. Khalidiri | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint |
| 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 : CASA
Signature de l'adhérent(e) :

| | |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-608798 |
| 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 : | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/05/2021 | C | | 3000 Dhs | INP : 05166718 Dr. S. ABDALLAH Endocrinologie - Diabète Nutrition - Ghérité Hugo - Etat N° 2522 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE MAISON D1. Sonia Boumeddi 0522398843 | 29-05-21 | 3132,80 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| VITALIA MEDICAL Ventes en Magasin 36 Rue des Hôpitaux - Casablanca Tel 0522 47 58 76 - Fax : 0522 47 58 76 | 05/06/21 | | | | | 840,00 |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------|
| | | | | |

| | |
|-------------------------|--|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| MONTANTS DES SOINS | |

| | |
|-------------------|--|
| DEBUT D'EXECUTION | |
| FIN D'EXECUTION | |

| | |
|-------------------------|--|
| | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | |

| | |
|--------------------|--|
| | |
| MONTANTS DES SOINS | |

| | |
|---------------|--|
| | |
| DATE DU DEVIS | |

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

| | |
|-------------------------|--|
| | |
| 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 SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Saroflaventis Maroc
Roule de Rabat - R.P.I.
Ain seba Casablanca
Lantus 100U/ml, inj bte sty
P.P.V : 744,00 DHS

6 118001 081515

Thyroïde - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreur

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

Endocrinologie et Métabolisme

Insulinothérapie fonctionnelle

- Hyper et hypocalcémie
et puberté

NovoRapid® Penfill®
100 U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3 ml

PPV : 497,00 DHS

8-0905-73-270-2

6 118001 120383

الدكتورة سهام الا درسي أبو لحجل

NovoRapid® Penfill®
100 U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3 ml

PPV : 497,00 DHS

B-0905-73-270-2

NovoRapid® Penfill®
100 U/ml
solution injectable
5 cartouches de 3 ml

PPV : 497,00 DHS

8-0905-73-270-2

6 118001 120383

الاخصائي
29 mai 2021

744.00

Mme KHADIRI BOUTAINA



NovoRapid® Penfill®
100 U/ml
Solution injectable
5 cartouches de 3 ml

PPV : 497,00 DHS

6 118001 120383

LANTUS SOLOSTAR : 18 UI le soir , 3 Mois

$497,00 \times 4 = 1988,00$

NOVORAPID : 14+ - 14+ - 14+ avant les repas, 3

AIGUILLES MICROFINES 6MM + BD : 1 aiguille 4 fois / jour, 3 Mois

LANCETTES : 1 aiguille 4 fois / jour, 3 Mois

BANDELETTES ADAPTEES AU GLUCOMETRE : 1 Bandelette 4 fois / jour, 3 Mois

mojs

$440 \times 6 = 840,00$

TRIATEC 2.5 MG : 1 cp / jour, 3 mois

$133,60 \times 3 = 400,80$

Novembre 600,80

1

Dr. Siham IDRISI ABOULAHJOU

Spécialiste : Endocrinologie - Diabète

Nutrition - Obésité

et Victor Hugo - 2^e Etag. N°8 à Casablanca

10^e Avenue 2 Mars - Casablanca

Tel: 052 22 22 22 41 Fax: 052 22 22 41

(près du Lycée Mohammed V) - Casablanca

49، شارع 2 مارس زاوية فيكتور هوكر - الطابق

22 22 44 48 - ICE: 001697508000075

133,60

PER 07 2010



Page:1

F A C T U R E

KHADIRI BOUTAINA

CASABLANCA Tél: 982-
LH:09:56:28 Code:

Facture N° : 411
Date : 05/06/2021

DONT TVA: 7 %: 0.00
DONT TVA: 20 %: 140.00

DONT TVA: 20 %: 140.00
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
HUIT CENT QUARANTE Dirhams 00 Centimes

Tél : 0522 47 58 76 / Fax : 0522 43 09 90 / E-mail : contact@vitaliamedical.com
Siège : 36, Rue des hôpitaux. Casablanca

R.C : 275353 - T.P : 36335775 - I.F : 14410225 - C.N.S.S : 9427859 - ICE : 000216233000042
www.vitaliamedical.com