

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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° M21- 0037152

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

M21

74365

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10363

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AICHI

ABDELIAH

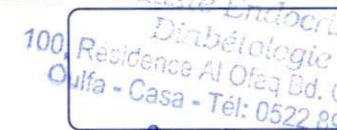
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06613909114 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/06/2011

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète Type 2

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21- 37152

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 : 10363

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
16/04/21			628,00	<i>Dr. Khadidja Al Ofaq</i> Spécialiste En Prostétiqe Télé: 0522897934

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MADINA MONAÏRA Dr. Aouatif HAMDOUN Lot. EA 257, Immeuble N° 1 Bât. 100, 1er étage, 101	16 AVR 2021	AF: 1129,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	35533411	
	B	11433553		
(Création, remont, adjonction)				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

## ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE OBÉSITÉ - NUTRITION

## F<sup>e</sup> Médecin Chef du Centre Régional de Diabétologie

## Sur rendez-vous

*Casablanca, le :*

دكتورة خديجة الشرقاوى زهوانى

## الخصائص أمراض السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

## طبيبة رئيسة سابقاً للمركز الجهوي

## الأمراض السكري

العدد

١٦ - ٤ - ٢١ <sup>بالوعد</sup>

pro NOUARY. Sc. mi. 29

9x10, 140

~~mot fammeux~~ ~~S.V.~~ ~~32~~

46, 70

Try my 2<sup>nd</sup> to 3<sup>rd</sup>  
- 2<sup>nd</sup> came to 1<sup>st</sup> S.V.  
- 1<sup>st</sup> 2<sup>nd</sup>

3 x 60,00

- medieval <sup>600</sup> S.V. sup.

37,00

1. Duotone (145x)  
~~SV 02~~

242, 30

100085008 X 05 T S.V.

John Rawls

100, Résidence

لفة - الدار البيضاء

LOT 201065  
EXP 04/2023  
PPV 75.00DH



LOT 201065  
EXP 04/2023  
PPV 175 0001

6 118000 340065

sablanca Sur Rendez-vous

الهاتف: 06 31 89 60 35 - GSM: 34



METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:10 2023  
LOT : 20E019  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:10 2023  
LOT : 20E016  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:07 2023  
LOT : 20E016  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:10 2023  
LOT : 20E016  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:10 2023  
LOT : 20E020  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:09 2023  
LOT : 20E018  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:10 2023  
LOT : 20E020  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:07 2023  
LOT : 20E016  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
PER.:07 2023  
LOT : 20E016  
6 118000 062127

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
PER.:09 2021  
LOT : 20E007  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
PER.:05 2022  
LOT : 20E009  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
PER.:05 2022  
LOT : 20E011  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
PER.:05 2022  
LOT : 20E011  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
PER.:05 2022  
LOT : 20E011  
6 118000 061113

118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160338

118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160338

118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH  
7862160338

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
9309129848

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH  
9309129848

LOT 202697  
EXP 11 2023  
PPV 60,00 60.00

LOT 202699  
EXP 11 2023  
PPV 60,00 60.00

LOT 202848  
EXP 11 2023  
PPV 60,00 60.00

LOT 202848  
EXP 11 2023  
PPV 60,00 60.00

