

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° W21-646490

84856

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 01524 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : EL ANSARI Abdelhak | |
| Nom & Prénom : EL ANSARI Abdelhak | | | |
| Date de naissance : 19/03/1949 | | | |
| Adresse : 22 Rue d'AVESNES, Resid BORT MALAKIA | | | |
| Stage 4, APP 4, BELVÉDÈRE CASABLANCA | | | |
| Tél. : 0666 40 42 43 Total des frais engagés : 1965,50 Dhs | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Autorisation CNDP N° AAA-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | <p>Dr. Aomar RAHHALI SPECIALISTE Endocrinologie-Diabétologie Tél : 0522 31 02 75 - Casablanca 95 Bd. Mohamed V</p> | | |
| <p>Cachet du médecin : Dr. Aomar RAHHALI SPECIALISTE Endocrinologie-Diabétologie Date de consultation : 30/11/2021 Bd. Mohamed V</p> | | | |
| <p>Nom et prénom du malade : Dr. CHARRI Meriem Age : 80</p> | | | |
| <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> | | | |
| <p>Nature de la maladie :</p> | | | |
| <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> | | | |
| <p>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.</p> | | | |

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir prié connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à Casablanca le 30/11/2021
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 30/11/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20.11.21 | PS | | 250 - | INP: 091111018 |
| | | | | Dr. Aomar RAHHALI SPECIALISTE Endocrinologie Diabétologie Tél: 052 22 75 Casablanca |
| | | | | SPNCK |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| | 20/11/21 | 156550 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Aomar RAHHALI SPECIALISTE Endocrinologie et Médecine Générale | 30.11.21 | N.H.A.S | 150,- |

AUXILIAIRES MÉDICAUX

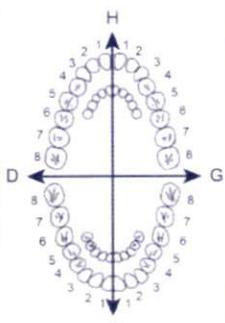
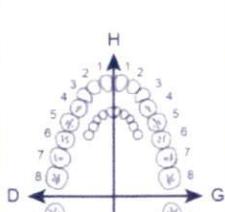
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|--|--|---|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|--|----------|--|----------|--|---|
|  | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | | H | | D | G | B | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عمر الرحالي

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

اختصاصي

في أمراض الغدد ومرض السكر
والملح والسمنة والكوليسترول

95، شارع محمد الخامس

(ممر كاليناري على اليسار الطابق الثاني)
الهاتف: 05 22 31 02 75 . الدار البيضاء

Spécialiste

Endocrinologie - Diabète - Goitres

Hypertension - Cholestérol - Obésité

Mésothérapie - Electrolipolyse

Ultra - sons

95, Boulevard. Mohamed V
(Passage Gallinari à gauche, 2ème étage)
Tél : 05 22 31 02 75. Casablanca

Casablanca le : 20.11.21 الدار البيضاء في

559,00 x 2 CHARGE (Midi) mm

Insuline NovoMix 30

20.11.21 mm



APRILANSARI

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



8-9674-73-270-1

-- LAPROPHAN --

PPV : 559DH00

-- LAPROPHAN --

PPV : 559DH00

NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml



8-9674-73-270-1

Dr. Aomar RAHHALI

Endocrinologist
Tél : 05 22 31 02 75 Casablanca
95 Bd. Mohamed V

Vita C 1000® ta C 1000® i C 1000®

| | | |
|-------------|-------------|-----------|
| PPV 15DH30 | V 15DH30 | T 09030 5 |
| EXP 12/2023 | P 09/2023 | P 09/2023 |
| LOT 0D0513 | IT 09030 11 | V 15DH30 |

20,80

Glucophage®

500 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de

Voie orale

50 Comprimés

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés



6 118000 080626

20,80

Glucophage®

500 mg

Comprimé pelliculé

Chlorhydrate de

Voie orale

50 Comprimés

Glucophage® 500 mg

50 Comprimés pelliculés

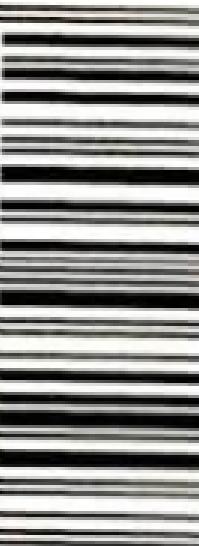


6 118000 080626

150

28

61180001071907



TRIVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés

ایڈیل



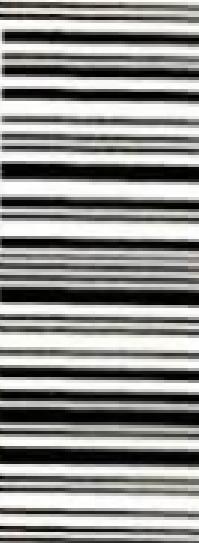
سید. ٹی.
Siddique

120,00



IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés

6 118000 071907

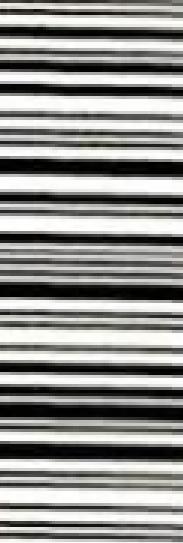


120,00



IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés

6 118000 071907



120,00

Docteur Aomar RAHHALI
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

الدكتور عمر الرحالي
خريج كلية الطب ببوردو

Spécialiste

Endocrinologie - Diabète - Goîtres
Hypertension - Cholestérol - Obésité
Mésothérapie - Electrolipolyse
Ultra - sons

95, Boulevard. Mohamed V
(Passage Gallinari à gauche, 2ème étage)
Tél : 05 22 31 02 75. Casablanca

اختصاصي

في أمراض الغدد ومرض السكر
والملح و السمنة و الكوليستروл

95، شارع محمد الخامس
(ممر كاليناري على اليسار الطابق الثاني)
الهاتف : 05 22 31 02 75 . الدار البيضاء

Casablanca le : 30.11.21 الدار البيضاء في

FACTURE

M^{me} CHARGI Muriem El EL ANSARI

Sang : HbA_{1c} : 9.9%

(150 mg)

Dr. Aomar RAHHALI

~~SPECIALISTE~~

~~Endocrinologie et diabétologie~~
Tél : 05 22 31 02 75 - Casablanca
95 Bd. Mohamed V

CHARGI Muriem El EL ANSARI

HEMOCUE - HbA_{1c} 501

Date No. : 200

30/11/21 [D/M/Y]

Time: 13:03

HbA_{1c} 9.9% 85 mmol/mol

Operator ID:

Patient ID:

Docteur Aomar RAHHALI
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Spécialiste
Endocrinologie - Diabète - Goîtres
Hypertension - Cholestérol - Obésité
Mésothérapie - Electrolipolyse
Ultra - sons

95, Boulevard. Mohamed V
(Passage Gallinari à gauche, 2ème étage)
Tél : 05 22 31 02 75. Casablanca

الدكتور عمر الرحالي
خريج كلية الطب ببوردو

اختصاصي
في أمراض الغدد ومرض السكر
والملح والسمنة والكوليسترول

95، شارع محمد الخامس
(ممر كاليناري على اليسار الطابق الثاني)
الهاتف : 05 22 31 02 75 . الدار البيضاء

Casablanca le : 30.11.2011.....
الدار البيضاء في.....

M* CHARGE Académie EP EC ANCAR
Sang : HB A. C

Dr. Aomar RAHHALI
SPEC. CHIR.
Endocrinologie - Mésothérapie
Tél : 0522 31 02 75 - Casablanca
95 Bd. Mohamed V