

## 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

- 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° W21-657116

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 658 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : KARIM FATNA

Date de naissance : 13/04/1955

Adresse : Salmia 2 rue 1, imm 245 apt 3

Tél. : 0684153782 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie et Maladies Métaboliques

Cachet du médecin : Résidence Farhatine, Bd. Med Bouziane Imm.8, Etage2 Sidi Othmane - Casa - Tel : 05 22 55 55 30

Date de consultation : 13/04/2021

Nom et prénom du malade : KARIM FATNA Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

# 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
23/11/2021	CS		3000	69190256

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	23/11/2021	655700

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

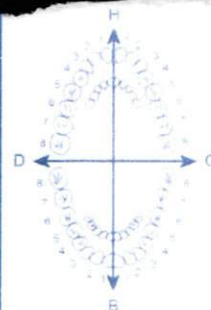
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

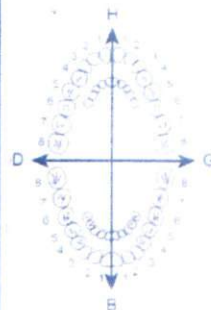
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		
D	05533412	00000000
G	00000000	00000000
B	00000000	00000000

[Creation, remont, adjonction]

Fonctionnel Therapeutique: necessaire a la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'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 Laila MAHDAOUI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
et Maladies Métaboliques

- Diabète - Cholestérol
- Hormones - Troubles de Croissance ou de Puberté
- Thyroïde - Hypophyse - Surrénales
- Pied Diabétique
- Conseils Diététiques

# الدكتورة ليلي مهداوي

اختصاصية في أمراض الغدد، أمراض السكري  
و اضطراب الهرمونات

- أمراض السكري - كولسترول
- الهرمونات - اضطراب النمو أو البلوغ
- الغدة الدرقية - الغدة النخامية - الغدة الكظرية
- علاج مشاكل الأرجل لدى مرضى السكري
- نصائح في التغذية

## بالموعد

Casablanca, le 23/11/2021 في الدار البيضاء، في

Mme Karmi Fatma

LOT 210283  
EXP 02/2024  
PPV 68 80

Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique

PPV 393,00 DH.  
Distribué par MSD MAROC.  
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21H23  
EXP: 08/2024

PHARMACIE BELLOUCH  
Rue 1 N°116  
Casablanca  
Tél: 05 22 38 36 84

Dr. MAHDAOUI Laila  
Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
et Maladies Métaboliques  
Résidence Farhatine 8, Bd Mohamed Bouziyane, 2<sup>ème</sup> Etage, App. 7  
40000 Sidi Othmane - Casa - Tél: 05 22 38 36 84

151 إقامة فرحاتين 8، شارع محمد بوزيان، الطابق الثاني، الشقة 7

05.22.55.55.30 : الهاتف - الدار البيضاء - الماتف

151, Résidence Farhatine 8, Bd Mohamed Bouziyane, 2<sup>ème</sup> Etage, App. 7

(En Face Maroc Télécom) - Casablanca - Tél. : 0522.55.55.30 - ☎ : 0644.14.70.53

E-mail : dr.lailamahdaoui@gmail.com - ICE : 001745563000062

LOT	212065
EXP	09 2024
PPV	36.20

LOT	212172
EXP	09 2024
PPV	107.60