

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-682794

205167

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2071

Société :

RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraite

Nom & Prénom :

BENCHEIKH Sidi Ahmed

Date de naissance :

1952

Adresse :

ALFAJR

Tél. :

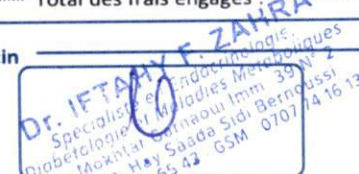
0661782752-0674518957

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/01/2022

Nom et prénom du malade :

BENBOUSALKAN RABIA

Age :

61

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Prédilection + Hypothyroïdie + Hypercholestérolémie

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

Le :

23/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

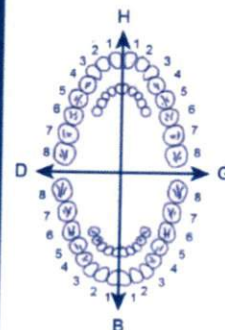
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/01/2022	G		250 Dh	INP : 091216878 Dr. IFTAH Spécialiste en Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques Av. Moukhtar Gharbi imm 37 appt n 10, Moukhtar Gharbi, Casablanca Tél : 0539 771133
04/02/2022	Controllé		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/2022	209,60

[illegible]

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

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



		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatima zahra IFTAHY

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et

Maladies métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine

de Casablanca

Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

de Casablanca



الدكتورة فاطمة الزهراء

إفتاحي

أخصائية في أمراض الغدد، داء السكري

وأعراض الأبيض

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

Ordonnance

ألفيف تاريخ الفحص

Casablanca, le 04/10/2022 في الدار البيضاء

Mme Bembaoulham Rosie

3 x 13,40

① Levothyrox 50µg
1 apl. Notim 4'S

3 x 6,80

② Levothyrox 25µg
1 apl. Notim 4'S

3 x 49,60

③ Decufon 100.00
10 apl / 15j. pk 7 mes
ps 10 apl. mes. pk 4 mes

209,40

PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

DR. IFTAHY F. ZAHRA
Spécialiste en Endocrinologie,
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Av. Mokhtar Garnaoui Imm 39 N° 2
1er Etg Hay Saada Sidi Bernoussi
Tél: 0520 98 65 42 Gsm: 07 74 15 13

شارع مختار الكرناوي عمارة رقم 39 شقة رقم 2 الطابق الأول حي السعادة البرنوصي - الدار البيضاء

Avenue Moukhtar Garnaoui Imm 39 Appt N° 2, 1er étage, Hay Saada Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél.: +(212) 520 986 543

Gsm.: +(212) 707 741 613

Email.: dr.iftahy@gmail.com

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335