

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostic 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



113118

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024346

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12751 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAATAOUI KHEMIS Date de naissance : 18/11/1985
Adresse : Rue Majana, Bd. Othmane, Casablanca, 2064
Tél. : 06 61 293618 Total des frais engagés : 3086,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2022
Nom et prénom du malade : Dr. Maataoui Kheemis Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète sucré + hypertension
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 : CASABLANCA

Le : 24/04/2022

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
06/04/2022	C2		300 BLS	091046185

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AU Route 1029 Ouled Sidi - Califormie Tél: 05 22 21 90 07 - Casablanca RC: 361421	06/04/22	2786.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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 :

Veillez 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																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	(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'EXECUTION

DR. RACHIDA KERROUM

Spécialiste en Endocrinologie
diabétologie, Maladies métaboliques,

Diabète - Goitre - Hypertension artérielle - Cholestérol -
Trouble de la Croissance - Pathologie surrénale et hypophyse)

الدكتورة رشيدة كروم

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والأمراض الأيضية

(مرض السكري - الغدة الدرقية - الضغط الدموي

كوليسترول اختلالات النمو - الغدة النخامية)

Casablanca, Le : 06/04/2022

Mr. MAATOUQUI ACHRAF

193100 X2

① Victoza

1,8 UI / jour
21,100 X4

② Diaformine 1000 g

1cpa 2/jr qd
60.40 X2

③ Amarel 2 g

97.60 1cp/jr. art le matin
X2

④ Cwastine 20 g

1cp/jr le soir m. de 03 mois

Σ = 2786,00

PHARMACIE ARU
S.M. AL
Route 108 Oued Saïd - Californie
Tel 0522 21907 - Casablanca
RC 361421

شارع أبو بكر القادري، إقامة أحفاد عمارة E رقم 2 - سيدي معروف - أولاد حدو - الدار البيضاء
Avenue Abou bakr El Kadiri, Résidence Ahfad, Imm. E, N° 2 - Sidi Maârouf
Oules Haddou, Casablanca - Tél. : 0522 78 05 89 / 07 07 71 53 14

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS

8-9695-73-280-3

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS

8-9695-73-280-3



PPV: 21DH00
PER: 12/24
LOT: K3604

PPV: 21DH00
PER: 12/24
LOT: K3604

PPV: 21DH00
PER: 12/24
LOT: K3604

PPV: 21DH00
PER: 12/24
LOT: K3604

PPV: 97DH60
PER: 04/23
LOT: K1055-1

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V. : 60DH40
LOT: 27E003
PER: 10/2024



AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V. : 60DH40
LOT: 27E003
PER: 10/2024

