

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° M21- 069410

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4836 Société : 419348
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARZAOUI Nustapha
 Date de naissance : 02/02/1948
 Adresse :
 Tél. : 0636852909 Total des frais engagés : 263,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/05/2022
 Nom et prénom du malade : MARZAOUI Nustapha Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension + Diabète
 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE GHOFRANE Dr. HRIOUA LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C Quartier Al-Qods Sidi Bernoussi Casablanca</p>	31.10.2022	13,60

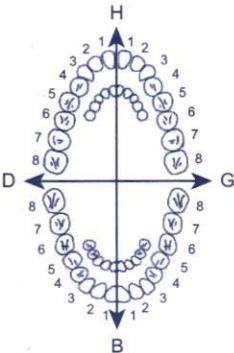
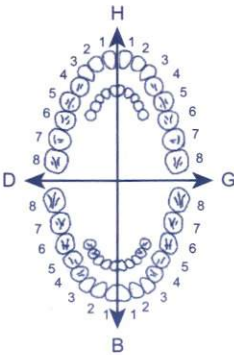
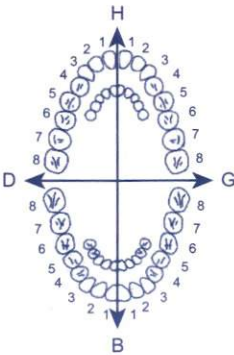
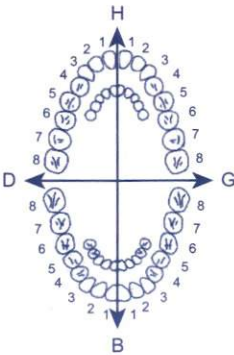
[illegible][illegible]

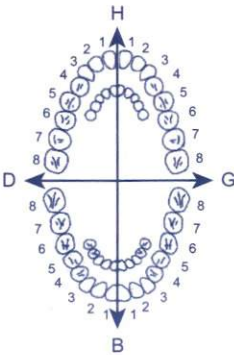
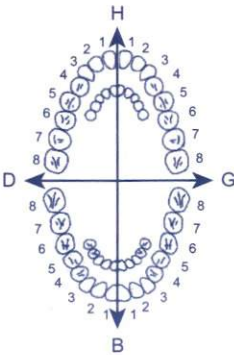
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

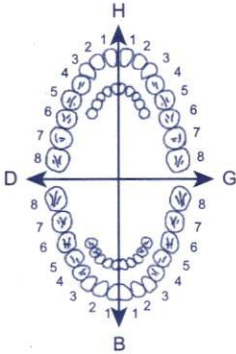
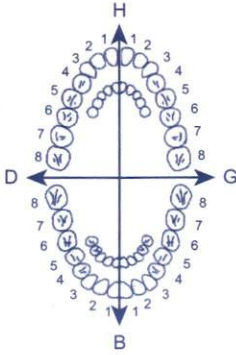
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 </div> </div> B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>								
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>							
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>							
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>							
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	B													
	<table><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>		
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	<input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>									

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

و أمراض الأيض

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

Ordonnance

Casablanca, le 31/05/2022 الدار البيضاء، في

M. Nourouï Nourouï

6,80
22

① levothyrox 25 µg



Noter bien une demi
heure avant Repas

13,6

PHARMACIE GHOFRANE
Dr. HRIOUA LAÏLA
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
Casablanca

TTS me

DR. IFTAHY F. ZAHRA
Spécialiste en Endocrinologie
et Maladies Métaboliques
Av. Moukhtar Gernaoui Imm 39 Apt N° 2
1er Etg Hay Saada Sidi Bernoussi
Tél: 0520 986 543



6 118001 102906
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335



6 118001 102906
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

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

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

Tél.: +(212) 520 986 543

Gsm.: +(212) 707 741 613 الهاتف: E-mail : dr.iftahy@gmail.com