

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° W21-683092

19/07/2022

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

MAATOUQUI Mohamed

19/07/2022 CASA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAATOUQUI NOHAMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète sucré + HTA + GMN

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 : 19/07/2022

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/7/2018	340.60

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

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prothèses Dentaires)	INP : <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	35533411	11433553
H	21433552																
00000000	00000000																
D	00000000																
00000000	00000000																
B	35533411																
35533411	11433553																
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 1.2em; border: 1px solid black; border-radius: 2px;" type="text"/>												

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 المسمى
كوليسترون اخلاط النمو - الغدة النخامية)

Casablanca, Le : 20/07/2022

Mr. MAATOUQUI MOHAMED

243,00

① Insuline Tresiba
30 unités / J^r

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

8-9560-73-270-1

81,20

② Diapside - M.

1cp x 2 / J^r

81,20

1340

③ Lévothyrox 50 µg

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



9350916927982

300x10, 1cp / J^r

④ Aiguilles micro fines

8 mm.

340,60



شارع أبو بكر العادري، أقامه أحداد عمارة رقم 2 - سيدى معرف - 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