

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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

125150

Déclaration de Maladie : N° P19-0016674

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2734

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom : ABDELFATH Mafik

Date de naissance : 26-11-1952

Adresse :

Tél. : 05 66 13 28 69

Total des frais engagés : 260 + 666,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/08/2022

Nom et prénom du malade :

ABDELFATH Mafik

Age : 1961

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thyroïde

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 : 02/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0016674

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2734

Nom de l'adhérent(e) : ABDELFATH

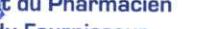
Total des frais engagés : 260 + 666,70

Date de dépôt :

RELEVE 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
02/08/12	C2		250 MD	DR. BAPTISTE ROCHELE B
A7				M. BAPTISTE ROCHELE M. BAPTISTE ROCHELE M. BAPTISTE ROCHELE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Pharmacie Omariya Casablanca</i> <i>Rue 29 Lot 00000 Hay Inara, Casablanca</i> <i>Tel.: 05 28 00 00 00</i>	02/08/22	666,70

59 ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

VOLET ADHERENT

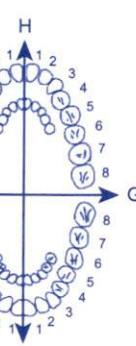
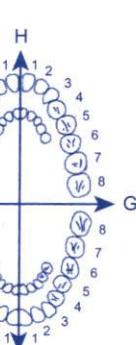
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME
Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريوبلاقي جووويل
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
خريجة كلية الطب بباريس

M^{me} ABOU EL FATH Laila

Casablanca, le : 22/08/22

134,0 x 12 (SV) (SV) $\frac{6,80 \times 12}{25} + 1\text{cp}$ = 75 mg - o jeûn

49,60 x 2 Danre Forte 1 dose tous 2 mois

87,00 (SV) (SV)

32,90 Releium 300 B6 1 gélule le soir. 1 mois
Mf. Exodent gouttes

102,60 x 2 (SV) Dr. CARIOU-BELQADI Joëlle
Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI

Pharmacie Omariya Casablanca
Rue 49 Lot 5 Hay Inez Hery - Casablanca
Tel: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53
Signature

119، شارع بئر انزاران - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA
Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160336

فقارورة من 10 مل
PPV: 49,60 DH
LOT: 22001
EXP: 03/2025

10T-0011
EXP-AUT 2026
PPV: 32,90 DH



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160335

PPV: 49,60 DH
LOT: 22001
EXP: 03/2025

LOT: 220297
BLUO: 03/2025
87,00DH



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160336

6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

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

7862160336



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



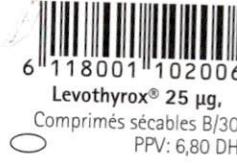
6 118001 102013
Levthyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160335

6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

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

7862160336



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160336

6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

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

7862160336



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160336

7862160335



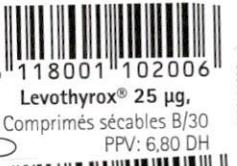
6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160335

7862160336



6 118001 102006
Levthyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



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

7862160336

7862160335