

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

126705

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005660

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAATOLI QUE Date de naissance : 1956

Adresse : G.T Rue 105 N° 6 OUL FAK

Tél. : 0664 02 2720 Total des frais engagés : 648,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Conjoint
77 AOUT 2022 Enfant

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 : 08/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : MAATOLI QUE

Le : 08/08/2022



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dossier du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/8 2022	648,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoriaires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adionction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8 on both the upper and lower arches). A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'G' on the right. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the arch.

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 surrenale et hypophyse

Casablanca, Le : 20/09/2022

Mr. MAAT

8-9560-73-270-1

الدكتورة رشيدة كرم
الخصائص في أمراض الغدد والسكري والأمراض الأيضية
(مرض السكري - الغدة الدرقية - الغدة الدرقية)
كوليستروول اجلالات الدم - الغدة الدرقية



SHAMED

8-9560-73-270-1

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



① Insuline - Tresiba

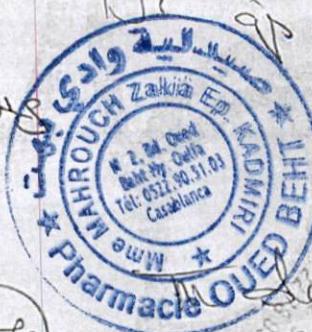
30 unités /jr à heure fixe

② Diapaside - M.

1cp x 2/jr

③ Levosthrox 50

1cp/jr



81,20

④ Aiguilles micro fines

8mm.

81,20

شارع أبو بكر الشافعى، اقامة أحفاد عمارنة رقم 2 - سيدى معروف - أولاد حلو - 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



PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 08/08/2022

FACTURE N°701141

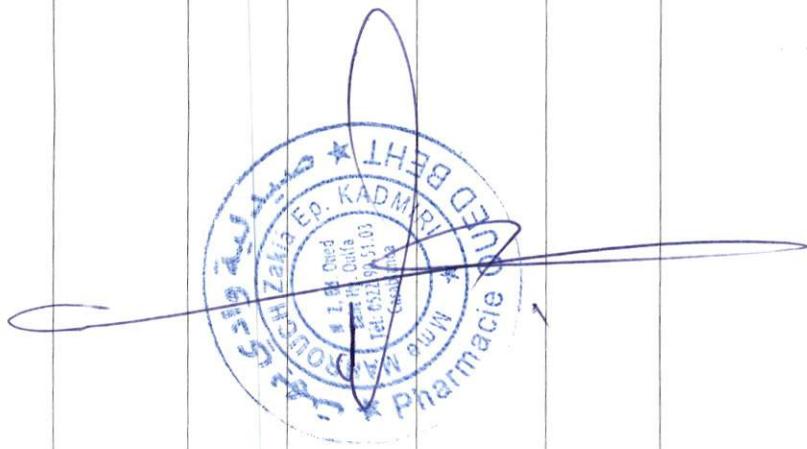
N° ICE : 000198418000024

N° IF : 40456596

MAATOUQUI MOHAMED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	INS TRESIBA FLEXTOUCH 100UI/ML	243,00	0,00	243,00	486,00		486,00		
2	DIAPRIDE-M 500MG/2MG/B30CPS	81,20	0,00	81,20	162,40		162,40		



DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC	0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	648,40
Nombre d'Articles : 2	TVA 7% Base :	Montant :		TVA 20% Base :		Montant	

Arrêté la présente facture à la somme de :
Six Cent Quarante Huit Dirhams et 40 centimes.