

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

739432

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015176

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01186**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **YAKOUTY TAIBI** Date de naissance : **01-01-1950**

Adresse : **HAY HANA - RUE PASSAGE HASSANE (Ex. Rue 14), N°6 CASABLANCA**

Tél. : **0661 34 79 62** Total des frais engagés : **934,00 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELBADII SAIDA
Endocrinologue - Diabétologue
283, Bd Yacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 0522 39 46 81

Date de consultation : **29/09/2022**

Nom et prénom du malade : **OUICALLANE Rachida** Age : **.....**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **prédiabète + dyslipidémie + Hypothyroïdie**

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 : **29/09/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **H. HAKANI**

H. HAKANI

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/9/22 | CS | | 300 DH | DR. ELBADII SAIDA Endocrinologue - Diabologique 108 Bd Yacoub El Mansour El blanca - Tel: 0522 39 46 81 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE EL SIDI 207, Bd. Sidi Abderrahmane Tel : 0522 36 54 72 | 29.9.22 | 63410 |

| 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 | |
| | | AM | PC | IM | IV |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

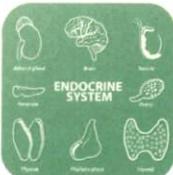
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | |



Casablanca, le : 29/9/22.

OUKALLANE Rachida.

~~11410 x 3
34230~~

Ad 80 mg 5 mg.



14 le 1er aps repas.

~~24410 x 3~~

~~7320~~

Lorothyrox 200



141 J

3 mois.

~~680 x 3~~

~~120~~

Lorothyrox 25



141 J

3 mois

~~496 x 2~~

~~9920~~

Diane forte



10 poche / flacon

3 mois.

9900

Nafazine



140 am bucher.

600

16.

~~63410~~

PHARMACIE YASMINE
207, Bd. Sidi Abderrahman Hay El Hana
CASABLANCA 20365472

Dr. ELBADII SAIDA
Endocrinologue - Diabétologue
283, Bd Yaacoub El Mansour
Casablanca - Tél: 0522 39 46 81

T. S. V. P
→

283. شارع يعقوب المنصور. بوسجور. الدار البيضاء

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Alkmia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

6 118001 102006

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

7862160335

PPV: 49,60 DH

LOT: 22C01

EXP: 03/2025

PPV: 49,60 DH

LOT: 22C01

EXP: 03/2025

MB790 1024

LOT PER

Prix

99.00