

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0038360

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6930 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IMEHLI Mohammed
 Date de naissance : 0
 Adresse : 140899
 Tél. : 0666247075 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 14/11/2022
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète de type 2
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 14/12/22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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
14/11/22	cts		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
	14/11/22	23090

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/11/2022		900,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 <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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hind Idrissi Houari

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies Métaboliques et Nutrition



الدكتورة هند إدريسي هوارى

أخصائية في أمراض الغدد الصم، داء السكري
أمراض الأيض و التغذية

Dr Imehli Mohamed

ORDONNANCE

2/12 x 2 = 50,20

Date *14/11/2022*

1/ IPRA DI A 1000mg

*14 x 2/jr après petit
déjeuner et de*

PHARMACIE AL IMAM MALL
Dr. MEDDAH Mourad
Hay Lakemat, Rue 28, N°61
Casablanca
Tél.: 05 22 21 33 13
GSM: 06 61 08 55 05

LÔT 222207
EXP 06 2026
PPV 46.70 DH

*Arrière de
03 mois*

2/ Zyloric 100mg

LÔT 221771
EXP 04 2026
PPV 46.70 DH

*87,30 4/jr
3/ Dermofig x Crème*

12,90

topplications x 2/jr

230,90

Signature
[Signature]

Tél. : 0522 21 97 10 / 06 16 98 48 28 (Urgence) hind.houari.ar.do@gmail.com

152, Bd Al Gods, Résidence Dar Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca

152، شارع القدس، إقامة دار السلوى، الطابق الثاني رقم 4 - الدار البيضاء

12,90

Dr Hind Idrissi Houari

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies Métaboliques et Nutrition



الدكتورة هند إدريسي هوارى

أخصائية في أمراض الغدد الصم، داء السكري
أمراض الأيض و التغذية

Dr Imehli Mohammed

ORDONNANCE

Date : 14/11/22

1) Glucomètre -

l'appareil

2) Bandelette Capillaires

4 x 200,00
800,00

4 conteneur / 100
1500,00

100,00
900,00

3) Lancettes
1 boîte (1000)

ORDONNANCE S.A.R.L.
6, Rue Mohammed VI (GRASSET)
Dahmane - CASABLANCA
Tél : 012.07.00.93

Dr. HIND IDRISSEI HOUARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Résidence Dar
Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca
152, Boulevard Al Qods, Résidence Dar
Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca

Dr. HIND IDRISSEI HOUARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Résidence Dar
Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca
152, Boulevard Al Qods, Résidence Dar
Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca

Tél : 0522 21 97 10 / 06 16 98 48 28 (Urgence) hind.houari.endo@gmail.com

152, Bd Al Qods, Résidence Dar Salwa, 2ème Etage, N°4 Casablanca

152, شارع القدس، إقامة دار السلوى، الطابق الثاني رقم 4 - الدار البيضاء



OUMAMED S.A.R.L.

Matériel Médico-chirurgical
et Orthopédique

Mr IMEHLI Mohamed

CAS

FACTURE 328/22

CASA LE 14/11/2022

4 Boîtes de Glycérine de 500	200,00	800,00
1 Boîte de Lancettes de 1000	100,00	100,00
		<u>900,00</u>

Arrêté la présente facture à la somme de
Neuf Cent Dinars —

