

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.

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

M22- N° 004202

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZANI MUSTAPHA

Date de naissance : 19-04-1952

Adresse : LOT FATMA N°21 S. b. Maar

Tél. : 06606716 Total des frais engagés : 1395 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2022

Nom et prénom du malade : EL MAZANI MUSTAPHA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète + hypertension

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 : 14/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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	02		3000/1	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ma Pharmacie 0 Bis, Fath-Sidi Maarouf CASABLANCA Tél : 05 22 78 62 05	14/11/2022	1045,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

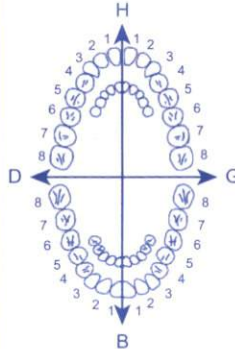
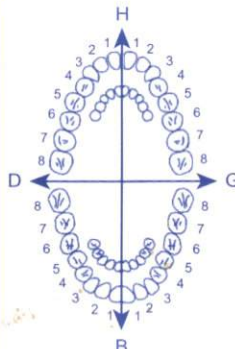
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

الدكتورة عرباوي بنال فاتيحة

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 14/11/22

M. ELNAZEM ROSTOPHA

(24,00 x 4) - Galvus 50 mg

(6,80 x 4) - Galvus 50 mg

(26,20 x 3) - Galvus 50 mg

(390,00 x 2) - Galvus 50 mg

(20,80 x 2) - Galvus 50 mg

6 h
de nuit



6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABÉTOLOGIE - Route de l'Oasis
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca
En face Gare de l'Oasis - Casablanca
Tél: 0522 25 61 65 - Gsm: 0663 43 95 48

إقامة جوهره، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة التطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

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 102020
Levothyrox® 100 µg,
 Comprimés sécables B/30
 PPV: 24,40 DH

7862160342

20,80

20,80

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

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

7862160335

LYSOPURIC®
 Allopurinol 100 mg
 Boîte de 50 comprimés
 PPV: 26,20 DH

6 118000 190561

LYSOPURIC®
 Allopurinol 100 mg
 Boîte de 50 comprimés
 PPV: 26,20 DH

6 118000 190561

LYSOPURIC®
 Allopurinol 100 mg
 Boîte de 50 comprimés
 PPV: 26,20 DH

6 118000 190561