

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- 0023246

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5352 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUHAIL ABDELMAJID
 Date de naissance : 01-01-1963
 Adresse : HAB tuelle
 Tél. : 0662183090 Total des frais engagés : 2088,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/1/2023
 Nom et prénom du malade : Bilal Lali Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète sucré
 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 : 01/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/11/23	C2		400 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/01/23	T = 1405,80 582,50 1688,30

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	

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																
	<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															
	[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

السكرتيرة عرباوي بنات فاتية

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le :

12/01/22

Dr. Arbaoui Battal Fatima

282,00

92,10 x 3

- Amarel 3mg



744,00

- Lantus Solostar



20,80 x 6

- Glucophage



20,90 x 3

- Vita



20,90 x 3

- Vita

LOT : 22E001V
PER : 02 2025

AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



AMAREL 3MG
CP B30

P.P.V : 92DH10



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaa 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V : 744DH00



MBA5 0725

1mg

LOT

PER

Prix

99,00

+ Vita

Prix

99,00



محطة القطار (الوازي) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Océan

Tél : 0522 256 65 / 0522 256 66

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

T=1405,80 + 282,00

1688,30

Tournez Sup

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

T=1688130

PHARMACIE EL MILA
LA BOUTEILLE
Rue de la Pharmacie
Tél. 020 20 20 20

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Ölçüm çubuğu



Kan şekeri ölçümü içindir
Bireysel kullanım için
uygundur

Sadece aşağıdaki ölçüm
cihazları için:
Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo
Accu-Chek® Performa Solo

2 °C 30 °C

Roche

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Ölçüm çubuğu



Kan şekeri ölçümü içindir
Bireysel kullanım için
uygundur

Sadece aşağıdaki ölçüm
cihazları için:
Accu-Chek® Performa
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo
Accu-Chek® Performa Solo



Roche

Amaçlanan kullanım: Yalnız vücut dışında tıbbi tanı
amaçlı kullanılır

İthalatçı adı:
Roche Diagnostics Turkey A.Ş.
Esentepe Mahallesi Kirgülu Sokak No: 4
34394 Şişli, İstanbul
Türkiye
Telefon: +90 212 306 06 06
www.rochediagnostics.com.tr

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,
PERFORMA NANO, PERFORMA CONNECT ve
PERFORMA COMBO Roche markalarıdır.

© 2019 Roche Diabetes Care

06911072050-0419

CE 0123



Roche

ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Ölçüm çubuğu



Kan şekeri ölçümü içindir
Bireysel kullanım için
uygundur

Sadece aşağıdaki ölçüm
cihazları için:
Accu-Chek® Performa Nano
Accu-Chek® Performa Connect
Accu-Chek® Performa Combo
Accu-Chek® Performa Solo

IVD

Roche



670082
2023-07-31

GTIN 04015630982141