

## 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

- Reclamation : 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

N° W19-582565

154406

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

00683

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD MIHAMED

Date de naissance :

11-12-1943

Adresse :

256 BO DE BORDEAUX EG 5

Tél. :

APP 1110 CASABLANCA

Total des frais engagés :

1761,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. FERRAJI Zineb  
Endocrinologue Diabétologue  
77 Angle Souk el Moulay Youssef et Rue Souk el  
Résidence MURAMAR 1er étage N°3 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 52 11

Date de consultation :

7/2/23

Nom et prénom du malade :

AOUAD MIHAMED

Age :

1943

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

diabète type 2

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 :

7/2/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHÉRENT



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
7/2/23	C2		300 DH	INP: 091018382 DR. ERRAJRAJ Zine Endocrinologue Diabétologue 77, Avenue Mohammed VI, Moulay Youssef et Rue Souk Résidence ALKAWAR 1er étage N°3 - Casablanca Tél: 05 21 96 50 23

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Docteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25	Date 07/02/2023 Montant de la Facture 1461,10
INPE: 092043355	

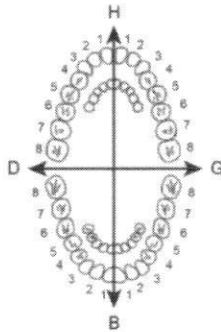
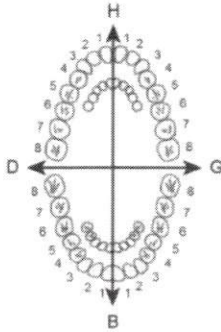
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>								
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 . Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques

Obésité - Cholestérol



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري

و الغدد

السمنة - الكوليسترول

7/2/23

Mr. Amad M'Rane

1193,00

- Victoza 1,2 vial

Victoza®  
6 mg/ml  
Solution injectable  
2 stylos pré-remplis 3 ml  
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

- Tresiba : 12 vial

243,00

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



8-9560-73-270-1

- Iperidol 100 mg

25,10

PHARMACIE YOUSSEF  
Docteur en Pharmacie  
Casablanca - Tel: 05 22 22 27 27  
INPE: 092043355  
DR. ERRAJRAJI ZINEB  
Endocrinologue Diabétologue  
Résidence Miramar N°3 - Casablanca  
Tel: 05 22 26 52 11

- D une fte (18)

1 an / 15

- Becidurze (18)

1411

- Magnésium (18)

0 - 0 - 1

1461,10

737, شارع مولاي يوسف، زنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef rue Boukraa Résidence Miramar N°3, 1er étage - Tel : 05 22 26 52 11