

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 045376

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société : 156195

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE FATMA EP Zidani

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

صيدلية أرسكي
PHARMACIE ARESKI
Boulevard 1 Rue 8 No 59
Tél. 322 8532 16 - Casablanca

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

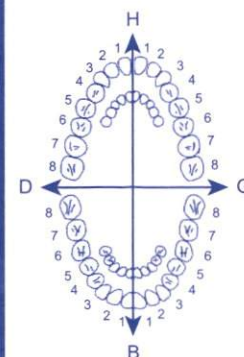
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

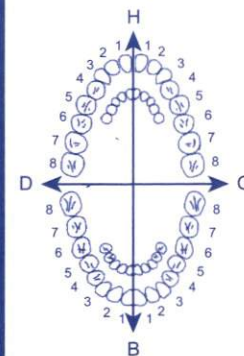
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ARESKI

Dr. ARESKI YMANE

FACTURE

Page :1

N° FACTURE : 7

Date : 22/03/2023

Client :

MME RAHMOUNE FATNA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
GALVUS MET 50/1000MG COMP	2	390.00	780.00
TRIAEC 10 MG 30 COMP	3	207.00	621.00
LASILIX 40 MG 20 COMP	3	34.60	103.80
MIBRAL 5 MG 30 COMP	2	53.00	106.00
CELEBREX 200 MG 10 GELU	1	89.00	89.00
ATENOR 100 MG 28 COMP	1	37.00	37.00
CEFICO 200MG / 16 CP	1	170.00	170.00

صيدلية أرسكي
PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 No 59
Tél. 0522 85 32 16 - Casablanca

Total TTC = 1906.80

Arrétée La Présente Facture à La Somme De : MILLE NEUF CENT-SIX DHS 80 CTS

Bon rétablissement

صيدلية أرسكي
PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 No 59
Tél. 0522 85 32 16 - Casablanca

HAY AMAL1 RUE 8 N° 59 DERB SULTAN CASABLANCA TEL: 0522 85 32 16
PATENTE : 33651246 ICE : 002976353000059



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
 Boîte de 60 comprimés pelliculés
 PPV : 390.00 DH

207100

TRIADEC® Protect® 10mg
 30 Comprimés



6 118000 060215

207100

TRIADEC® Protect® 10mg
 30 Comprimés



6 118000 060215

LASILIX 40MG
 20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
 20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LASILIX 40MG
 20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Mibral® 5 mg
 30 comprimés



6 118000 420170

53,00

37,00



6 118000 120063

ect® 10mg



6 118000 060215

207100

LUT 2021
 PER 02 2027

Lot. 129745

RPV :

Exp.

01 202 89,00

CELEBREX®
 200 mg 10 GELULES



6 118000 250081

Mibral® 5 mg
 30 comprimés



6 118000 420170

53,00

CEFICO[®] 200mg
Boite de 16
Comprimés pelliculés



CEFICO[®] 200mg
Boite de 16
Comprimés pelliculés



LOT 220786

EXP 03 24

PPV 170.00 DH

CEFICO[®]
Cefixime trihydrate

LOT 212996

EXP 11 23

PPV 170.00 DH

CEFICO[®]
Cefixime trihydrate

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **RAHMOUNE FATNA EP Zidani**

Matricule : **839** N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **RAHMOUNE**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Diabète type 2

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Insuline

HbA1c

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

A.D. Insuline

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **04/04/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Othman TAZI
Endocrinologue - Diabétologue
Nutrition
993 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,
6° Etage, App. N° 4 - Casablanca
Tél : 0522-22-78-15 - 0522-22-78-18

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées