

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Nº W21-794063

156610

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7928	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Farouk Toumia			
Date de naissance : 20/03/56			
Adresse : Hôpital Al-Jazira, Tariq Al-Maghrib, Casablanca			
Tél. : 0661710246 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation :	30 MARS 2023
Nom et prénom du malade :	Farouk Toumia
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète + HTA + hypertension
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 : 07/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
30 MARS 2023	C	-	150,-	INP : 091235568 Dr BOUDAD Médecin Général N° 30 N° 3 Out Signature : Dr BOUDAD Date : 30 Mars 2023 N° C.A : 03-22-91-32-44

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	T V	
06-04-23						

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 ----- D 35533411 11433553 00000000 00000000 ----- B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				<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

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale
Diplôme U. en Diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

Casablanca, le :
30 MARS 2023

Faouzia Terri'a

750 x3

- Lantus solstan

30UI le soir

571,00 x3

- Novapod

12UI - 12UI - 12UI

13,40 x3

- levothyrox 50

- levothyrox 26

10,70 x3 met 1/2

- Diprasone 1/2

Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulemia Casablanca
Tél : 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

البيضاء
06 66 26 70 60

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 5S
P.P.V. : 744DH00

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.T.
Ain Sébaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ 5S
P.P.V. : 744DH00



STE PHARMACE CASABLANCA
Local 1/F Jafesh Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



A20,
الهاتف : 4

- Rosmarin

15.10.2017 - le mi

S.V.

06 de 03 mois

L ISO x 200
MURBO MYLIT

S.V.

S.V.

79,90 - Kalmagaz

~~STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Hafiz Tash Rte 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28~~

45,16,20

130,00



STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Hafiz Tash Rte 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

DR BOUJAD LA
Bab el Oued
Lot. 2229008333
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



NOBEL PHARMA SARL

FACTURE N° : 2301715

MME FAROUK TOURIA

Code Client : 000001

Casablanca le, 06/04/2023

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
007759	ON CALL PLUS /50 BANDELETTES	1.00	130.00	130.00	20.00%



108.33	20 %	21.67

TOTAL H.T.	108.33
TOTAL T.V.A.	21.67
TOTAL T.T.C.	130.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT TRENTÉ 1.