

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-800621

172280

Optique

Autres

EXRAM

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

EL MDAGHRI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06621009732

Total des frais engagés :

1903,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DC Mehem TOUIMY BENELCOUN
RHUMATOLOGUE
Angle Bd. 2 Mars et rue Amsterdam Elh
App. 8 Casablanca Tel: 05 22 22 30 30
E-mail: mtouimy@gmail.com

Cachet du médecin :

22 06 23

Date de consultation :

me EL MDAGHRI NAJAT

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Douleur articulaire

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) :

EL

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
20/06/23	CS		300	Dr. Meriem TOUNSI DIBOUN RHUMATOLOGUE Angle Bd. 2 Mars et Bd. Amsterdam Etq 2 App. 3 Casablanca Tél: 0522 83 30 50 Email: mtoumy@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/06/23	1603,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important: 1. Indiquer les radiographies, les cas de prothèses, les soins de l'entretien, les soins de l'hygiène dentaire, les				
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP: 111.111.111			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 285/3412 214.41.00 300/0000 00000.00 D 000/0000 000.00.00 355/3411 214.41.00 B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Therapéutique, esthétique, etc.				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DEBUT DE EXECUTION FIN DE EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANT DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE EXECUTION				

**Dr. Meriem TOUIMI
BENJELLOUN**

SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE

- Echographie ostéo-articulaire (Paris)
- Rhumatologie interventionnelle (Grenoble)
- Pathologies osseuses médicales (Paris)
- Polyarthrites et maladies systémiques (Paris)
- Biothérapie

Lot : CKX99
Exp : 09/2025
PPC : 184,00 DH

184,00

1 INFLAX GEL

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

95,00

2 ARTIFLEX CREME ROLL-ON

LOT:4265/FC17
EXP:01/26
PPC:95.00DH

1 le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours. puis au besoin

37,00 x 2

3 DUOXOL 500

PPV

LOT

1 cp x 3 / J / 10J

28,80 x 3

4 VITANEVRIL FORT

1 le matin, à midi et le soir, pendant 1 mois.

36,40

5 KOPRED 20

1 et demi le matin pendant 5j après repas

18,80 x 6

6 PIASCLEDINE 300 mg gél : B/15

1 le matin, après le repas, pendant 6 mois.

Dr Meriem TOUIMY BENJELLOUN

Angle Boulevard 2 Mars et Rue AMST

(شارع 2 مارس) - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 83 30 30 - GSM : 07 77 51 69 00 - E-mail : mtouimy@gmail.com

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

PIASCLEDINE® 300MG
Boîte de 30 gélules
Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

22.06.2023

Mme EL MDAGHRI Najat

Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS

Distribué par Sothema-Bouskoura
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

500mg/2mg 20 comprimés
للمضغ فرما

37,00

PPV 28,80

LOT 28,80

LOT : 1593
PER : 01 - 26
P.P.V : 36 DH 40

1603,50

37,00

1603,50

37,00

1603,50

37,00

1603,50

37,00