

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M23-0028246

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2385 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA
Date de naissance : 04/07/54
Adresse : Lot carnibe Rue 2 n°43 Hay
Kremak
Tél : 0662014171 Total des frais engagés : 1364,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1 / 2 / 2024
Nom et prénom du malade : SLAMNI Rachida Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + Hypertension
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 : CASA Le : 02 / 02 / 2024
Signature de l'adhérent(e) : Slamni Rachida

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

<p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p>		
<p>Cachet du Pharmacien ou du Possesseur</p>	<p>Montant de la Facture</p>	

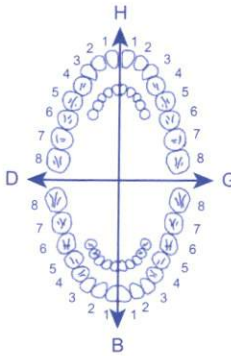
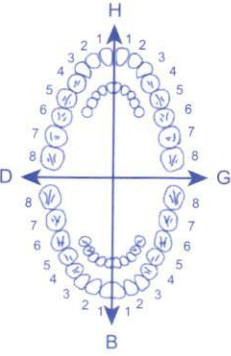
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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									
				<div>Coefficient des Travaux <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>Début d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>Fin d'exécution <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div>Coefficient des Travaux <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>Montants des Soins <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>Date du devis <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> <div>Date de l'exécution <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div>								
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M

AUSCH 27/07/2018

PHARMACIE AL IMAM MALEK
 Dr. MEDDAH Mourad
 Hay Lakremat Rue 28 N° 64 - Casa
 Tel 0522 21 33 13 / Gsm: 06 61 08 55 05

easa

le

01/02/2021

FACTURE N°

47

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
01	Kit lecteur de glycémie	250,00	
21	3 an de labe	170,00	
01	lancette	100,00	
			520,00
<p>Annelle la présente facture à la somme de 520,00 et o cel</p>			

PHARMACIE AL IMAM MALEK
 Dr. MEDDAH Mourad
 Hay Lakremat Rue 28 N° 64 - Casa
 Tel 0522 21 33 13 / Gsm: 06 61 08 55 05

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 01/02/2024

Mme SLAMNI Rachida

ADO 500 MG

1 comprimé le soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

TAHOR 10 mg

1 comprimé le soir après repas (pendant 03 mois)

AUGMENTIN 1G/125mg

1 sachet, matin et soir (pendant 08 jours)

DERMOFIX Crème 2%

1 application, matin et soir (pendant 15 jours)

BRONCHOKOD SANS SUCRE AD

1 cuillerée à soupe, 3 fois par jour (pendant 05 jours)

1 Kit Lecteur de Glycémie

Bandelettes

1 boîte de 50 (pendant 03 mois)

Lancettes

1 boîte (pendant 03 mois)

LOT : 7667
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

LOT : 7667
PER : 09 - 26
P.P.V : 17 DH 50

EXP : 05 24 P.P.V

LOT N° : 149 000

PPV: 126,30 DH
LOT: 652727
PER: 05/25

PPV: 126,30 DH
LOT: 652729
PER: 05/25

LOT: 1166
PER: 05/25
PPV: 20,60 DH

87,30

bronchokod
sirop Adultes

LOT: 1166
PER: 05/25
PPV: 20,60 DH

2500c
On-Call

Promisemed
Blood Lancet