

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

- 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

M22- 0051611

197902

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7657 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ABDALLAH EL HASSOULI
 Date de naissance : 09/03/67
 Adresse : HADJ FATEH S N° 79 OULFA CASA
 Tél. : 0670776263 Total des frais engagés : 1741,00 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 :

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 : 06 / 03 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0051611

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7657
 Nom de l'adhérent(e) : NORA
 Total des frais engagés : 1741,00
 Date de dépôt : 06/03/24

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



05 Mars 2024

1621,00 Dtt

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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											
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>													
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE HAJ FATEH.

Docteur Meryem Tahri Joutei

Pharmacien Diplômé de la Faculté de Paris

Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa

Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 89 79 26

E-mail : pharmaciehajfateh@hotmail.fr

R.C : 277034 - Patente : 36209470

صيدلية الحاج فاتح

د. مريم الطاهري الجوطي

صيدلي مجاز من كلية باريس

تجزئة الحاج فاتح رقم 520

ليساسفة - البيضاء

ص.ت : 277034 - البتاتنا : 36209470

ICE: 000489360000038

IMP/092029930

Casablanca le 05 Mars 2024 FACTURE N° 1259/05-03-2024

A l'Attention de M^{me} NDRA HOUMI EP. EL RHASSOULI

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
RYZODEG	01	1182,00	1182,00 DH
APIDRA SOLASTAR	01	439,00	439,00 DH
Jeri Pense Aiguilles N°6 mm	01	120,00	120,00 DH
Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat - R.P.1. Ain seba Casablanca Apidra 100U/ml, irab5 sty P.P.V : 439,00 DH 6 118001 081639			
5x3ml Ryzodeg® FlexTouch® 100 unités/ml Solution injectable en stylet prérempli Insuline dégludec/insuline asparte PPV : 1182,00 MAD 8-9164-73-250-2 6 118001 121601			
<p>50 07 08 2250 : 191 9. N° 08132 ou 0221 08132 / 19 TEC... El Maani 2ème Etage N° 6 Casablanca Tél : 0522 08 49 03</p>			
MONTANT TOTAL TTC		1621,00 DH	
		+ 120,00 DH	
		1741,00 DH	



YES PARA

NORA HOUMI EP.EL RHASSOULI

FACTURE N° : 2024000040

le, 06/03/2024

Code Client : 000001

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant	Tva
695156800275	BL N° 2024000025 DU 06/03/2024 MEDI FINE 6MM	1.00	120.00	120.00	20.00%

YES PARA SARL AL
61, Lalla Yacout Arjaie Mustapha
El Maani 2 ème Etage N° 6
Casablanca - Tél : 0522 98 49 03

100.00	20 %	20.00

TOTAL H.T.	100.00
TOTAL T.V.A.	20.00
TOTAL T.T.C.	120.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
CENT VINGT DH.

Référence Règlement
ESPECE Référence :ESPECE (120.00)

<p>CAUTIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> The needle is sterilized if the protective tab remains intact. After every injection, unscrew the insulin pen and dispose of it in a sharps container. Consult the local health regulations for appropriate disposal. Keep it in a cool and dry place and away from children. 	<p>PRECAUTIONS:</p> <ul style="list-style-type: none"> L'aiguille est stérile si le scotch de protection reste intact. Après toute injection, dévissez l'insuline et jetez-la dans un conteneur pour objets tranchants. Consultez les réglementations de santé en vigueur dans le pays. À conserver dans un endroit frais et sec, loin des substances chimiques. 	<p>Ar</p> <p>تعليمات:</p> <ul style="list-style-type: none"> يتم تعقيم الإبرة إذا ظل لاصق الحماية سليماً. بعد كل حقنة، لفك القلم انسولين ورميها في حاوية الحادة. استشر القوانين الصحية المحلية للتأكد من التخلص المناسب. احتفظ بالإبرة في مكان بارد وجاف بعيداً عن متناول الأطفال. 	<p>Ru</p> <p>ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Игла является стерильной, если защитная этикетка не повреждена. После каждой инъекции открутите ручку и утилизируйте в контейнер для острых предметов. Проконсультируйтесь с органами здравоохранения по поводу правильной утилизации. Хранить в прохладном сухом месте, вдали от химических веществ. 	<p>Sp</p> <p>PRECAUCIONES:</p> <ul style="list-style-type: none"> La aguja está esterilizada si la etiqueta de protección se mantiene intacta. Después de cada inyección, destornille y deseche la aguja del lápiz de insulina, luego deséchela en un contenedor de objetos cortopunzantes. Consulte la regulación local respecto a la correcta forma de desechar. Manténgase en un lugar fresco y seco, alejado de sustancias químicas o peligrosas.
--	---	---	---	---

VeriFine®

VeriFine®

PEN NEEDLES



New **SuperStick** technology for pain-free injection

6
31Gx6mm

