

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0051611

MAX 2020

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7697 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDALLAH EL RHASSOULI

Date de naissance : 07/03/67

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) : Abdallah El Rhassouli

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 : 7697

Nom de l'adhérent(e) : Noora

Total des frais engagés : 1741,00

Date de dépôt : 06/03/24

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. M. TAHRI JOUTEI 05.03.2024	05 Mars 2024	1621,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of numbers from 1 to 12 arranged in a spiral pattern. The numbers are as follows:

The numbers are arranged in a spiral pattern starting from the center (1) and moving outwards. The labels H, D, G, and B are positioned at the top, left, right, and bottom edges respectively.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE HAJ FATEH.

صيدلية الحاج فاتح

Docteur Meryem Tahri Joutei

Pharmacien Diplomé 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

ICE: 000489360000038

د. مريم الطاهري الجوطي

صيدلي مجاز من كلية باريس

تجزئة الحاج فاتح رقم 520
ليساسفة - البيضاء

ص.ت: 277034 - البتانة : 36209470

IMP / 09 202 993

Casablanca le 05 Mars 2024

FACTURE N° 1259 / 05-03-2024

A l'Attention de Mme NORA HOUMI EP. EL RHASDOLI

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
RYZODEG APIDRA SOLLASTAR Serifine Aiguilles 1° 6 mm	01	1182,00	1182,00 DH
Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.I. Ain sebâ Casablanca Apidra 100U/ml, 10x5 sty P.P.V : 439,00 DH	01	439,00	439,00 DH
6 118001 081639	0,1	120,00	120,00 DH
Ryzodeg® FlexTouch® 100 unités/ml SOLUTION INJECTABLE EN STYLO PRÉREMPLI Insuline déglucomé/insuline Asparte PPV : 1182,00 MAD			
6 118001 121601			
MONTANT TOTAL TTC			1621,00 DH



1621,00 DH
120,00 DH
1741,00 DH

El Maani 2 ème Etage N° 6
Casablanca - Tel : 0522 08 49 03

YES PARA

FACTURE N° : 2024000040

NORA HOUTI EP. EL RHASSOULI

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%

100.00 **20 %** **20.00**

TOTAL H.T. **100.00**

—
—

TOTAL T.V.A.

— 1 —

TOTAL T.T.C. **120.00**

ANSWER

TOTAL F.T.C.

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

Référence Règlement ESPECE Référence :ESPECE (120.00)

0197



PEN NEEDLES

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

