

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

- 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 : N° P19-0017141

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7086 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JEMEL HASSAN Date de naissance : 01.01.

Adresse : EN WAFA H 297 DEROUA

Tél. : 06621135066 Total des frais engagés : 329,70 + 300

Cadre réservé au Médecin

Docteur BENALLA ELGHORFI Fatima

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Nutrition

Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121

Ain Echek; Casablanca - Tél : 05 22 878 899

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/07/19

Nom et prénom du malade : JEMEL HASSAN Age : 60

Lien de parenté : Frère - Soeur - Conjoint - Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré + diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA Le : 01/07/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/19/2014			300 DH	<p>Docteur BENI ALLA ELGHORFI Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie et Nutrition Oods, Rés les Rosiers, Appart 121 Casablanca - Tél : 0522 879 890</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/19	329.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة بنالله الغربي فاطمة

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition

إختصاصية في أمراض الغدد
والسكري والتغذية

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca, le 01/10/149 الدار البيضاء في

Mr JEMEL HASSAN

REGIME SANS SUCRE

78,70x3 DIAMICRON 60
2 comprimés
24,40x3 LEVOTHYROX 100
1 comprimé
6,80x3 LEVOTHYROX 25
1 comprimé



le matin



le matin



le matin



TRAITEMENT DE 3 MOIS



Docteur BENLALLA ELGHORFI Fatima
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Bd Al Qods, Rés les Rosiers, Appt 121
Ain Chock, Casablanca - Tél : 0522 870 890

COOPER PHARMA

COOPER PHARMA

COOPER PHARMA

242600060-02

Levothyrox® 100 µg
611 800110202 0
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
4409160334

Levothyrox® 100 µg
611 800110202 0
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
4409160334

Levothyrox® 100 µg
611 800110202 0
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH
4409160334

242600060-02

242600060-02

78.70 + 3

181
15.8