

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

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° P19-0036351

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres (13106)

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2140 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : HAMMOUDA Mohammed
Date de naissance : 1948
Adresse : Ave 2013 109 Cite Nabrouk
Tél. : 06 48259081 Total des frais engagés : 560,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 11/11/2019
Nom et prénom du malade : A. DE ROUSSE ZOUN Age :
Lien de parenté : ☐ Père ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASABLANCA

Le : 24/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/11/19		CS +	300 dh	
19/11/19		Contrôle	+ 0 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
	03/12/19					260,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

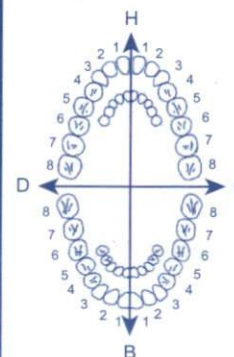
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

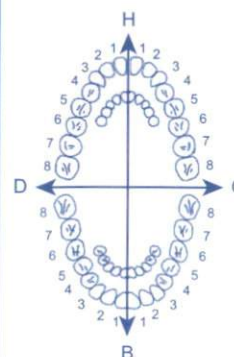
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Leïla BELHADI BENSAMI

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

**Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques**

(diabète, Cholesterol, Hormones, Thyroïde, Hypophyse, Surrénales
Troubles de Croissance et de puberté, Stérilité, Obésité...)

Cabinet

**ENDO
CRINO
LOGIE**

الدكتورة ليلى بلهادي بنسامي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض الغدد، السكري و التغذية

(السكري، الكولسترول، الهرمونات، الغدة الدرقية،

الغدة النخامية، أمراض النمو والبلوغ، العقم، السمنة...)

Mohammedia, le : 19/11/2019

M: Aolrouse Zioun

Lecteur glycémique BIOIMINE

+
Les bandelettes Glycémique

1b, 4 x jour.

Dr. Leïla BELHADI BENSAMI
Endocrinologue - Diabétologue
Rue Abderhman SERGHINI, Imm. 4, 2^{ème} Etage, Appt: 8 - Mohammedia
Tél: 05 23 31 47 47 - Urgence : 06 61 93 20 28
E-mail : leilabelhadi3@gmail.com

زئقة عبد الرحمان السرخيني عمارة بواركان رقم 4، الطابق الثاني شقة رقم 8 - المحمدية
Rue Abderhman SERGHINI, Imm 4, 2^{ème} Etage, Appt: 8 - Mohammedia
Tél : 05 23 31 47 47 - Urgence : 06 61 93 20 28
E-mail : leilabelhadi3@gmail.com



Importation , Distribution Et Vente De Matériel
Et Fourniture Médical Et Paramédical

Najad Import

FACTURE		208-12-019		AIDEROUSSE ZIOUN
Code Client	DATE	Reglement	BL N°	
	03/12/2019			

Référence	Description	Qté	Prix Unitaire TTC	Total
	BANDELETTES DE GLYCEMIE BOITE25 KITT DE GLYCEMIE BIONIME	3 1	60,00 80,00	180,00 80,00
	TOTAL TTC MAD			260,00
	DONT TVA 20%			43,33
	<u>Arretée la présente Facture à la somme TTC de:</u> DEUX CENT SOIXANTE DIRHAMS			

NAJAD IMPORT
VENTE MATERIEL
Projet Hassan II Imm B2 Mag 5 Zone I HM Casablanca
Tél: 05 22 60 20 15 - Fax: 05 22 60 20 16



05 22 60 20 16



najad.import1@gmail.com



05 22 60 20 15

ICE:000010480000086

IF: 14496107

PATENTE: 31990660

CNSS: 9981665

RC: 300439

Projet Hassan II Imm B2 Mag 5 Zone I HM Casablanca