

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.

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

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- 0042935

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres 26/69

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00863 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : VEUVE
Nom & Prénom : LOUKREFF SAADIA
Date de naissance : 22 Février 1949
Adresse : 63, Rue Olympe Huet App. 19 Ben Tadjia Casablanca
Tél. : 05 22 44 30 75 Total des frais engagés : 580,50 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 03 MARS 2020 13 MARS 2020
Nom et prénom du malade : SAADIA SAADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète - Affection Longue Durée - Hyperlipidémie
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 : 20 / 04 / 2020

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
13 MARS 2020			300 du	Dr. W. SHARAF ENDOCRINOLOGUE - MARCOTOLOGUE 51, Bd. Rabat El Meskin CASA - Tél : 05.22.44.31.77

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 13 MARS 2020 51, Bd. Rabat El Meskin Tél: 05.22.44.31.77	13.03.20	280,50

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

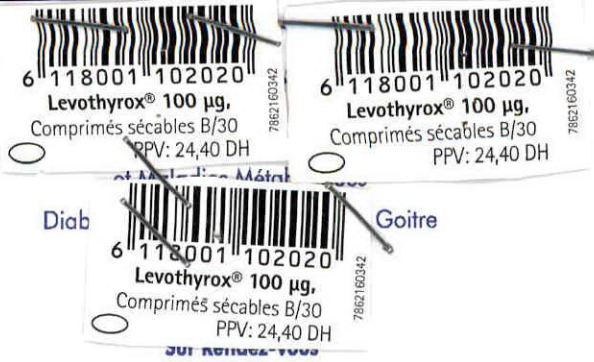
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction]			Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الجمهورية وفاء شفيق فلاحي

اختصاصية في أمراض الغدد

وداء السكري و الكوليسترول

الغدة الدرقية

هرمونية



Casablanca, le13/03/2020..... في الدار البيضاء ،

SAID SAADIA

24.40⁺3

• **Levothyrox 100 µg**
1 Comprimé /J, X 3MOIS

6.80⁺3

• **Levothyrox 25 µg**
1CP /J X3MOIS

10.40⁺3

• **Metformine win 500**
1 Comprimé, midi, pendant 3MOIS

46.70

• **Zyloric 100mg**
1 Comp./J SOIR X 3MOIS

75.00

• **VENOXYL GEL**
1 APL X2

34.00

• **Osmosine 1g/5ml**
1 dose, matin, soir, 1 BOITE



280.50

PHARMACIE 15 RAMADAN
61, Bd. El Meskini - Le Comptoir
Beni Melloul - Casablanca
Tél: 05.22.45.25.21

Dr. W. CHA...
05.22.45.25.21

51 ، شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء
51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA N° 19 - CASABLANCA
Téléphone : 05.22.54.02.60 / 05.22.44.31.77 ، الهاتف
E-mail : cab.endocrino.dr.wchaifiqfilali@gmail.com