

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° M20- 0003226
MUPRAS RECEPTION
 Maladie Dentaire Optique **143 784** Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **01713** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **ISMAÏLI LMASSANE**
 Date de naissance : **01-07-1955**
 Adresse : **N°56 LOT OUAFA DEROUA**
 Tél. : **066155743** Total des frais engagés : **2869/40** Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : 
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : **LOUIZ I MALIKA** Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Diabète type 2**
 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 : **Berrechidj** Le : **23 / 12 / 20**
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12/12/22			25000	 DR. KAÏD FATMA SAHRA Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques Tel: 05 22 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/22	2659000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

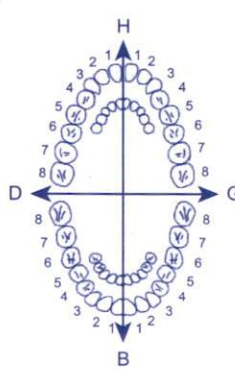
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	00000000	21433552	00000000															
	D		B																
	00000000	35533411	00000000	11433553															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدة فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : houngi Malika

Berrechid, le : 12 12 - 22

579,00

1) Tanjes solostar



- 10 UI le soir

390,00 X 3

2) Galyng met



- 1 cp après chj

24,40 X 3

- 1 cp après chj

3) levathyron



- 1 cp le matin

49,60 X 2 pt chj

4) Dawa forte



- 1 amp 15j

50,60 X 7

5) ab fort



- 1 amp 1 mois

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
TOUJEO 300 UI, sol Inj
solo b3 st
P.P.V. : 579,00 DH

6 118001 082223

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 49,60 DH
LOT : 22H22
EXP : 08/2025

PPV : 49,60 DH
LOT : 22H22
EXP : 08/2025

PPV 50,60
LOT
PPV 50,60
LOT
PER

PPV 50,60
LOT
PER

PPV 50,60
LOT
PER

PPV 50,60 DH
LOT F976 PER 11

PPV 50,60 DH
LOT F978 PER 10/25

comprimés enrobés

68.60

hipanot



هيانات

40 قرص

68.60 DH

A consommer de préférence avant fin: 06/2025

Lot n° Y1526

68.80 x 4

Amarel 4



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH



Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH



Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V: 68,80 DH



32 43 39
32 43 39
32 43 39

Dr. KAIDI FATIMA
Endocrinologie Diabète
et Maladies métaboliques
Tel: 32 43 39



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

7862160342

7862160342