

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 canaux, 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 canaux.

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- N° 002513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9263

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTTAHAR AHMED

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : LOTISSEMENT ALADARISSA - N° 141 - SIDI TAAROUF - CASABLANCA

Tél. : 0681311068

Total des frais engagés : = 1572,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Rachida KERROUM
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
Avenue Abou Bakr El Kadiri Rés. Ahfad
Imm. E N°02 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 78 35 00 GSM: 06 99 27 03 63

Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : Nantaki Fatima

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète sucré + HTA + hyperlipidémie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 06 AVR. 2023

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 : 23/03/2023

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
23/03/2023			300,00	
			811,5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Dispensateur

Date

Montant de la Facture

23/03/2023

1272,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

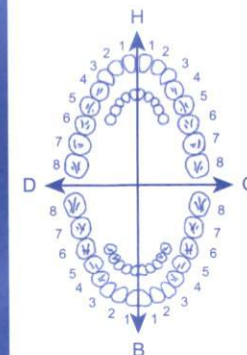
Coefficient

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

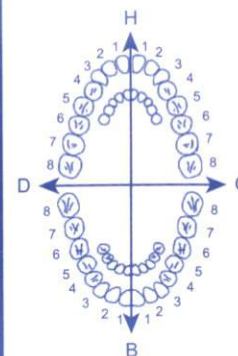
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

23/03/2023

Ordonnance

Nom / Prénom :

M^r NARIKI

Age:

Fatima

2h, 40 x 3

- Levthyroxol

S.V

6,80 x 3

- Levthyroxol

S.V

393,00 x 3

- Levthyroxol

S.V

Dr. Rachida KERROUM
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
Avenue Abdelhak El Kadiri Rés. Ahfad
Im. E N° 02 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 78 35 89 - GSM: 05 96 07 03 03

F 1272,60

PHARMACIE AL ABE
48101 ESSADIA, SIDI MAAROUF
CASA BLANCA
Tél: 05 22 91 10 65 / 06 88 09 22 85

Dr. Rachida KERROUM
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie, Maladies Métaboliques
Avenue Abdelhak El Kadiri Rés. Ahfad
Im. E N° 02 Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 78 35 89 - GSM: 05 96 07 03 03



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 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



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

PPV: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

PPV: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

PPV: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ

MSD MAROC
121/14/DMP/21/NRQ
AMM N° : 121/14/DMP/21/NRQ
PPV: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.