

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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- 067448

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0298 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIT YOUSSEF

Date de naissance : 19/06/1968

Adresse :

Tél. : 0660741651 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : Youssef Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUSE REÇU RAM

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
26/06/2020			250	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYMANE AGUEDACH KAMAL Quartier 1er étage 3 Bis, Rue Henri Murger, Résidence Talhi M, Casablanca Tél/Fax: 0522 99 59 21	26/06/20	274,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

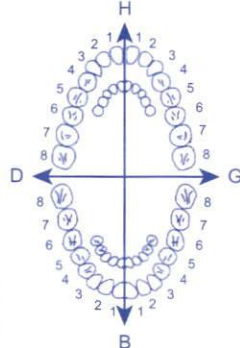
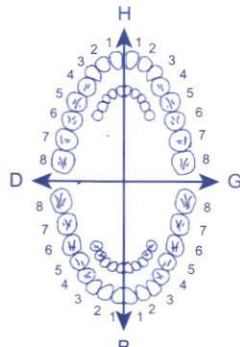
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycemique

Casablanca le, 26/06/2020

Mr CHATT Youssef

THYROZOL 5 mg
2 comprimés, 3 fois par jour (pendant 06 semaines)



2050 pg

974.50

PHARMACIE AYMANE
AGUEDACH KAMAL
Quartier Val Fleuri 3 Bis, Rue Henri
Muguet, Résidence Lahti II, Casablanca
Tél/Fax: 0522 99 69 21

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Im. Marjana,
2ème Etage, Appt. N°4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34

Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:
Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI



Thyrozol® 5 mg
comprimé pelliculé



6 118001 103058

Thyrozol 5mg Comprimé
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 30,50 Dhs

Pharmacien Responsable:

Amina DAOUDI

30 comprimés pelliculés

