

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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° P19-0042940

ND: 41218

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00863 Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : VEVE SAID Boukhalil Saadia

Date de naissance : 1.1.1949

Adresse : 63 Rue de Neth

4er apt 19 Ben Julia Casablanca

Tél. 05.22.44.30.75 Total des frais engagés : 213,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. W. CHAFIQ FILALI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
51, Bd. Rahal El Meskini  
CASA - Tél : 05.22.44.31.77

Date de consultation : 09 SEP 2020

Nom et prénom du malade : SAID SAADIA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Spécimen 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 : 24 / 9 / 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
05 SEP 2020			300 dh	Dr. W. CHARTO FILALI 51, Bd Rahal El Meskini Tél: 05 22 44 21 77

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IS KAMADAN 161, Bloc F Lot. Le Complexe Benjoud - Casablanca Tél: 05 22 45 25 21	9/09/2020	513,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

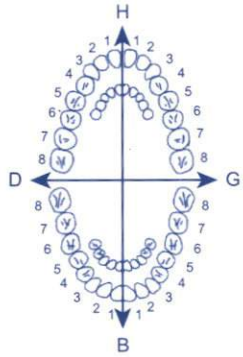
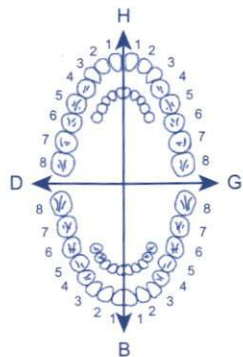
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

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

LOT : 20E007  
PER: 12 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
6 118001 062127

LOT : 20E007  
PER: 12 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
6 118001 062127

LOT : 20E007  
PER: 12 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 10DH40  
6 118001 062127

Casablanca, le 09 SEP 2020

09 SEP. 2020

SAID SAADIA

24.40<sup>x3</sup>

• Levothyrox 100 µg  
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS

6.80<sup>x3</sup>

• Levothyrox 25 µg  
1 Comprimé, matin, pendant 3MOIS

10.40<sup>x3</sup>

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

14.10<sup>x3</sup>

• Crestor 5 mg  
1 Comprime / J X 3MOIS

46.70

• Zyloric 100mg  
1 Comp/JOUR X 3MOIS

513.80

PHARMACIE EL KAMADAN  
61, Bloc F101 Le Comptoir  
Benjdia - Casablanca  
Tél : 05.22.44.31.77

Dr. W. CHARTO FILALI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
51, Bd. Rana El Meskini  
CASA - Tél : 05.22.44.31.77

LOT : 200913  
EXP : 04 024  
PPV : 46.70 DH

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفار رقم 19 - الدار البيضاء

51 Rd Maphar Km 10, Route Côtière 111, Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 31.77

ili@gmail.com

LOT : 20E007  
PER: 12 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 114,10 DH

LOT : 20E007  
PER: 12 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 114,10 DH

LOT : 20E007  
PER: 12 2022  
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V : 114,10 DH