

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0052882

152104

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKI Abdallah

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : Jamila Y Rue M3-N°32-C.D-CASA

Tél : 0664583462 Total des frais engagés : 1352,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie & Vie

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FHOUME BAHRIA Age : 1949

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA + Dyslipémie

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Maladie & Vie

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 : CASA

Le : 02/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04.02.2023	880,00
	04.02.2023	422,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

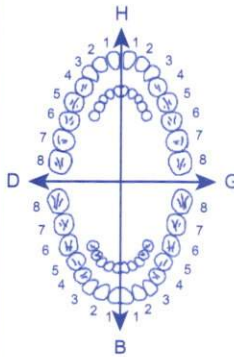
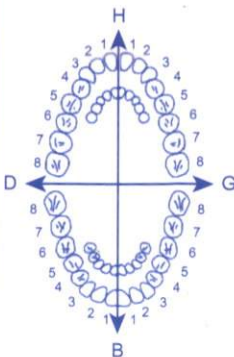
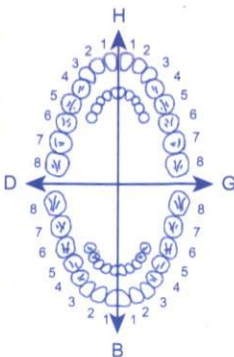
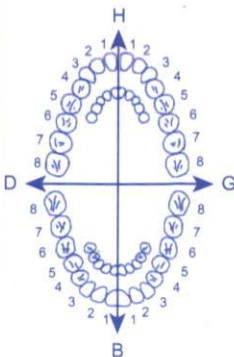
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 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"/>											
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
			<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	B		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																
25533412 00000000			21433552 00000000													
B																
D			G													
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

776 6802

Dr. Oumayma BERRADA

081

الدكتورة أميمة بودة

Médecine générale

Lauréate de la Fmpc

Ancienne interne à l'hôpital Bouafi

Diplôme de Diabétologie et Nutrition

de la Faculté de bordeaux

Diplôme de gynécologie, infertilité et

suivi de grossesse de la faculté de Bordeaux

Echographie Générale

ECG - HTA

Hijama - Amincissement

Dr. Oumayma BERRADA  
Diabétologue Nutritionniste  
Omnipraticienne  
Jamila 4 Rue 80 N°247 Etg.1  
Casablanca - Tél: 0522 564 121

الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا في مستشفى بوافي  
دبلوم أمراض السكري والتغذية - بورودو  
دبلوم أمراض النساء، العقم و تتبع الحمل  
بكلية الطب ببورودو  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب - ضغط الدم  
الحجامة - تخسيس

Casablanca, le :

04/11/2022

18,1093 Mr FHOURE Bahia

1 Diamicon 60

22,0096

2cp tj le matin

2 Glucophage 1000

54,8093

1cp x 21j

31 TORVA 100

54,4092

1cp tj le soir

41 Amep 5

35,2093

1cp le matin

51 Kardelic 160

79,5090

1saclet tj

61 Hivernevsp

95,9090

1cas x 31j

PHARMACIE OUED EDDAHAB  
Abderrafik HADJI  
Docteur en Pharmacie  
0522 564 121  
Cabinet médical Al Amel

Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1 Oued Eddahab, Sbaa

شارع وادي الذهب، جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1، سباتة

Téléphone

0522- 564 121





**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

☐ **valable 3 mois**

Le ...../...../20.....

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

**Je soussigné :** .....

**Certifie que Mlle, Mme, M. :** .....

**Présente** .....

**Nécessitant un traitement d'une durée de :** .....

**Dont ci-joint ordonnance :** .....

**(à défaut noter le traitement prescrit)** .....

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

78,70

78,70

78,70

97,70

97,70

LOT 221256  
EXP 09/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221256  
EXP 09/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221256  
EXP 09/2025  
PPV 28.00DH

LOT 221256  
EXP 09/2025  
PPV 28.00DH

28,00

LOT 221256  
EXP 09/2025  
PPV 28.00DH

LOT : 22E011  
PER : 06/2024  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 22E011  
PER : 06/2024  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 22E011  
PER : 06/2024  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

LOT : 1109  
PER : 10/24  
PPV : 57,80 DH

LOT : 1109  
PER : 10/24  
PPV : 57,80 DH

m<sup>6</sup> - 6802

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Huit Cent Quatre-vingt Dirhams.



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MOUTAKI Abdallah
Matricule :	6802
N° CIN :	B. 316901
Adresse :	JAMILA 5 Rue 113 - N° 32 - C.D - CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Oumayma BERRADA Diabétologue Nutritionniste Omnipraticienne JAMILA 4 Rue 80 N° 247 Etg. 1 Casablanca - Tél: 0522 564 121
N° ICE :	Spécialité : N° INPE : INPE 091248641
Certifie que Mlle, Mme, M. :	FHOUME Bahria
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>HbA1c = 7,5% CH total = 1,72 Hm = 0,41 Lm = 0,18</p> <p>Hm = 1,37</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit : Diaminon 60 (2upj) Glucophage 1g (2upj) TORVA 10g Aners Eau de BERRADA + Baudellez</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa
Cachet et signature du médecin traitant :	Dr. Oumayma BERRADA Diabétologue Nutritionniste Omnipraticienne JAMILA 4 Rue 80 N° 247 Etg. 1 Casablanca - Tél: 0522 564 121

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Dr. Oumayma BERRADA

81

الدكتورة أميمة برادة

Médecine générale  
Lauréate de la Fmpc  
Ancienne interne à l'hôpital Bouafi  
Diplôme de Diabétologie et Nutrition  
de la Faculté de bordeaux  
Diplôme de gynécologie, infertilité et  
suivi de grossesse de la faculté de Bordeaux  
Echographie Générale  
ECG - HTA  
Hijama - Amincissement

الطب العام  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة داخلية سابقا في مستشفى بوافي  
دبلوم أمراض السكري والتغذية - بورдо  
دبلوم أمراض النساء، العقم و تتبع الحمل  
بكلية الطب ببورдо  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب - ضغط الدم  
الحجامة - تخسيس

Casablanca, le : 30/11/2022

Dr. FHOUTE Bahria

Bandelettes Contour Plus (38)

154,30 x 31,5

472,50



Dr. Oumayma BERRADA  
Diabétologue Nutritionniste  
Omnipraticienne  
Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1  
Casablanca - Tél: 0522 564 121

Renouvelable



Cabinet médical Al Amel

Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1 Oued Eddahab, Sbata

شارع وادي الذهب، جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1، سباتة

Téléphone

0522- 564 121



PHARMACIE OUED ZEM  
69 BD OUED ZEM QUARTIER JAWADI 20450

Docteur en pharmacie

R.C :208720

Patente:37309160

T.V.A :49527790

C.N.S.S:2007723

Banque:19078021211570912000603

Tél : 0522385936

Le 04/02/2023

FACTURE N°332886

N° ICE : 001663665000096

N° IF : 49527790

**MME FHOUME BAHRIA**

ICE N° :

[illegible]

Nombre d'Articles : 1

**TVA 7% Base :**

Montant :

**TVA 20% Base :**

393.75

Montant

78.75

Arrête la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Soixante-douze Dirhams et 50 centimes.

# Contour<sup>plus</sup>

کونٹور پلس / کنٹور پلس

Blood Glucose Test Strips

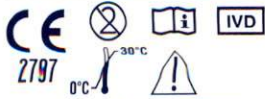
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

پوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



2797



11

7635

# Contour<sup>plus</sup>

کونٹور پلس / کنٹور پلس

Blood Glucose Test Strips

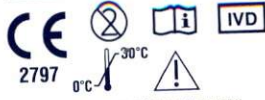
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

پوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



2797



19

7635

# Contour<sup>plus</sup>

کونٹور پلس / کنٹور پلس

Blood Glucose Test Strips

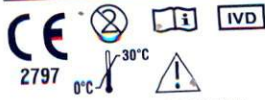
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

پوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



2797

