

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

- 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° M21- 0055589

☒ Maladie

☐ Dentaire

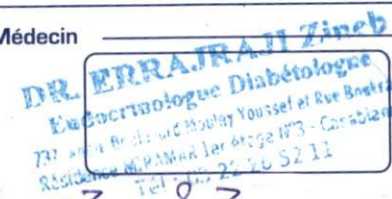
☐ Optique **154180** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3559** Société : **Royal Air MAROC**
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **veuve diabète Mohamed**
 Nom & Prénom : **Boulal Malika veuve diabète Mohamed**
 Date de naissance : **10/04/1967**
 Adresse : **Dar Salama IMH 45 N°3 Ain Sebâa Casablanca**
 Tél. : **06 16 89 67 24** Total des frais engagés : **1566,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **17/03/23**
 Nom et prénom du malade : **Boulal Malika** Age : **1967**
 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 : **Casablanca** Le : **21/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**




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
17/3/23		6	300 DH	
17/3/23		118 AAC	130 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/03/23	1136,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

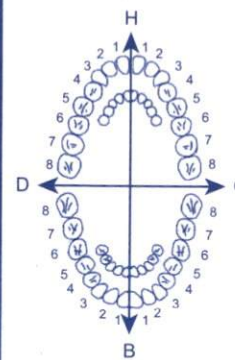
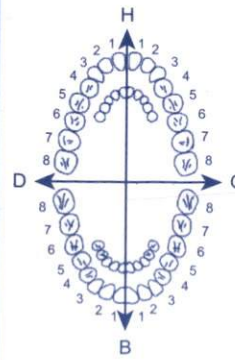
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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																
	<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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie et Maladies Métaboliques

Obésité - Cholesterol



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري

والغدد

السمنة - الكوليسترول

le 17/3/23

Mr Boual
Malika

HSAZ - 13088

DR. ERRAJRAJI Zineb
Endocrinologue Diabétologue
737, Angle Youssef Rue Boukraa, Résidence Miramar N°3, 1^{er} Etage
Tél : 05 22 26 52 11

737، شارع مولاي يوسف زنقة بوكراع إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Youssef Rue Boukraa, Résidence Miramar N°3, 1^{er} Etage

Tél. : 05 22 26 52 11

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies Métaboliques
Obésité - Cholesterol



الدكتورة الرجراجي زينب

متخصصة في مرض السكري
والغدد -
السمنة - الكوليسترول

le 17/3/23

Mr BOULAL Malika

7340x2

- simvastatin 40 = 1/2 4/1

280x9
- metformin 1000

550x2
- Jardiance 25

1/2 4/1 - 0 - 0

563-
- Dure (15t)

1mg / 15

354-
- Becidorange (15t)

1mg / 15

96,00
- Manger pieu (15t)

1mg / 15

1136,20

0 - 0 - 1

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr BOUSTANE ZAKIA
Bloc L, N° 8, Der Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 0522.60.80.71

Dr. ERRAJRAJI Zineb
Endocrinologue - Diabétologue
Tél: 05 22 26 52 11
Résidence Miramar N°3 - Casablanca

737, شارع مولاي يوسف زنقة بوكراع إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء
737, Angle Youssef Rue Boukraa, Résidence Miramar N°3, 1^{er} Etage
Tél. : 05 22 26 52 11

73,40

73,40

28,00

Simvacol 40 mg

Boite de 28 comprimés



6 118000 360087

Simvacol 40 mg

Boite de 28 comprimés



6 118000 360087

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221661

EXP 11/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2025

LOT 28002 2

LOT 221254

EXP 09/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221660

EXP 11/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221509

EXP 10/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221665

EXP 11/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

BECIDOUZE®

20 dragées



6 118000 031192

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080

PPV: 56,30 DH

LOT: 22J17D

EXP: 10/2024

LOT 221664

EXP 11/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221664

EXP 11/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221664

EXP 11/2025

PPV 28.00DH

Glucophage 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333



6 118001 041084

Jardiance 25 mg

(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 550 D 1 00

Lot n°

الحصة

103365

Exp

انتهاء الصلاحية

04 2024

*2 tubes de 12 comprimés
effervescents chacun*

Magnéprev[®]
300

PPC: 96,00 DHS

Merci d'avoir choisi le système
de test de la Glycohémoglobine

A1C EZ Series

17-03-2023 13:17:07

NO.: 0001

Résultat de HbA1c:

NGSP: 5.4%

IFCC: 35.5 mmol/mol

eAG: 107.9 mg/dL ou 5.9 mmol/L

Plage de référence (NGSP):
4%-6.5%

Testeur:

Le résultat correspondant à cet
échantillon de sang