

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0038256

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : RATI  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RAM RAM CHAFAI  
Date de naissance : 02/03/1950  
Adresse : Sidi HADJOUF ESSADIAI n° 225  
CASA  
Tél : 06 14294189 Total des frais engagés : 2740,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : MARTAH SAADIA Age : 1956  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète Type 2  
Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : 22 Mars 2022  
Signature de l'adhérent(e) : 105/2023

## 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

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
2 Mars 2023	G		200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur

Date

Montant de la Facture

22.3.23

2740.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie

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 :

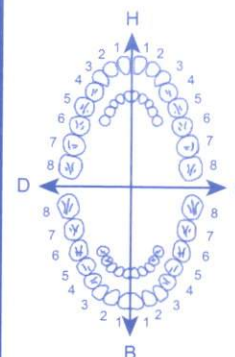
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

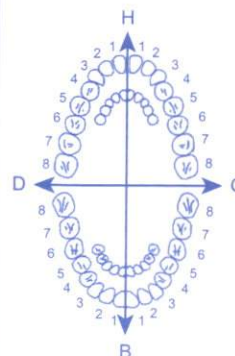
FIN D'EXECUTION

# 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

**Docteur NADIR Amina**

**Spécialiste**

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité

Maigreur - Retard de croissance et de puberté



**الدكتورة ندير أمينة**

**طبيبة اختصاصية في**

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

النحافة - تأخر النمو والبلوغ

**ORDONNANCE**

Casablanca le, **22/03/2023** : الدار البيضاء في

Mr - Mme : **Mme MARTAH Saadia**

**RYSODEG**

18 Uis le midi avant le repas pendant 3 mois

**FORXIGA 10 MG**

1 Comprimé le midi après le repas pendant 3 mois

**RELAXIUM B6 (300MG)**

1 Comprimé le soir après le repas pendant 3 mois

**BANDELETTES**

2 contrôles par jour pendant 3 mois

**PHARMACIE MEMMOUD**  
Mme. KHALIL Maryem  
34, Lot Sadaoui - Sidi Maârouf  
Tél: 0522 97 39 81 - Casablanca  
ICE: 00048298000026  
INPE: 092040989

**Dr. NADIR Amina**  
Endocrinologue - Diabétologue  
Nutritionniste  
182, Boulevard Anoual Casablanca  
Tél.: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال, درب غلف, الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

بدرج كلف بوجيد وصحة كلب

1x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec/insuline asparte  
PPV : 273,00 DHS

8-9564-73-260-1

273,00

6 118001 121656

30 Badiward

5x3ml  
Ryzodeg® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable en stylo prérempli  
Insuline dégludec/insuline Asparte  
PPV : 1162,00 MAD

8-9564-73-250-2

6 118001 121601

LP

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH

6 118001 185023

المعجن والمحزّر

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp peli b28  
P.P.V : 419,00 DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique

LOT : 220806  
DLUO: 11/2025  
87,00DH

AXANT

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
MOUADJ Pharmacie Responsable

LOT : 220807  
DLUO: 11/2025  
87,00DH