

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.

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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-010724

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1424 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA
 Date de naissance : 18-04-1952
 Adresse : 15 Rue 2 HAY SALAM
 Tél. : 0669 79 50 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/02/23
 Nom et prénom du malade : DAHIBI HAYAT Age: 61
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète - glicémie
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : gastrique
 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 : CASA Le : 22 / 06 / 2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP n° : A-A-215 / 2019

Dr. Khadija CHARAFI ZAHOUANI
 Spécialiste Endocrinologie
 Clinique Al Ofaq Bd Oum Rabi
 Casablanca - Tél. 0222 60 79 94

MND
 16599A



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
21/05/23		2	300	
21/05/23		6		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31.05.2023	1624,80

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
		A M	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 :

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

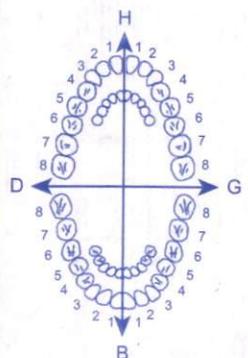
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : DAHB, EP MAMASSE HAYAT.

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE INP : 091013417

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Diabète
Hypertension artérielle

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Mou et endocrines
et B12a

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

3 mois

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le

Cachet et signature du médecin traitant :

[Signature and stamp of Dr. Khadija CHARKAOUI]

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
OBESITE - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional
de Diabétologie

Sur Rendez - Vous

الدكتورة خديجة الشراكوي زهواني

اختصاصية أمراض السكري وأمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي

لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le : 31 - 05 - 23

DABIHI Hayat

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

LOT 223847
EXP 11 2026
PPV 41.70 DH

LOT : 1112
PER : 01/25
PPV : 57,80 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 22127
EXP: 09/2025

Composition:
Rabéprazole sodique (DC) 20 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

42,00
A.S.

46,70
PHARMACIE NISRINE BOUCHEG
Dr. Nisrine BOUCHEG
44 Lot Bouchara Sidi Maârouf
Casablanca - Tél: 022 22 22 22

57,80
Dr. KHADIJA CHERKAOUI ZAHOUANI
Endocrinologie
101 Oufaq Bld. Oufaq
Tél: 0522 22 22 22

49,60

113,70

100, Résidence Al Ofok Bd. Oum Rbii - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca Sur Rendez - Vous

الهاتف: 05 22 89 79 34 - GSM: 06 31 89 60 35 - رقم 100 إقامة الأفق شارع أم الربيع - الألفة - الدار البيضاء

571.00



Novorapid 3ml
20 U/les

744.00



LANTUS SoloStar
25 U/les 3m

Dr. Anouja CHARRAOUI ZAROUKI
Spécialiste Endocrinologie
Diabétologie
105, Résidence Al Olaya Bd. Oum Alban
Casablanca - Tél: 6622 6777

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS

8-9670-73-270-2
6 118001 121304

1624.80

PH
Dr
44
Cas

Lantus® SoloStar sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat RP1
Ain Sebaâ 20250 Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS
P.P.V. : 744DH00

100 Unités/ml
solution injectable en stylo pré
insuline glargine

6 118001 081615