

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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](http://www.mupras.com)

N° W21-770128

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
**8871**

Matricule :

Actif

### Dentaire

Société :

### Optique

**RAM**

Nom & Prénom :

**CHERKA OUI**

Autre :

**Amina**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0661 21 5748**

Total des frais engagés : **3657,60**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin **DOCTEUR KHLAFA MOHAMED**

Médecin Spécialiste  
Diplôme d'Endocrinologie  
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles  
Mohammedia - INP 881085530

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**25/08/2023**

Nom et prénom du malade :

**Bousselham SANI G8**

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

**Diabète H.T.A**

Conjoint

**hypertension artérielle**

Enfant

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 : **25/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/08/2023      | 62                | 11                    | 2120,00                         | INP : 0910887B<br>DIPLOME D'ENSEIGNEMENT MEDICAL SPECIALISTE EN DIABETOLOGIE, MATERIAUX NUTRITIONNELLES<br>Mohamed KHALAF MOHAMED |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien  | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Dr. J. A. S. JARDINS<br>Route d'El Jadida 15<br>Dar Bouazza 22 29 089 930<br>AC 199365 - TD 32960413 | 25/08/23 | 340,60                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | Montant détaillé des Honoraires |    |    |    |
|------------------------------------|----------------|--------|---------------------------------|----|----|----|
|                                    |                |        | AM                              | PC | IM | IV |
|                                    |                |        |                                 |    |    |    |
|                                    |                |        |                                 |    |    |    |
|                                    |                |        |                                 |    |    |    |

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 428,00 DH.

Le praticien est prié de préciser la date d'émission.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 428,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 428,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ  
P.P.V: 428,00 DH.

Soins

111,10

111,10

111,10

111,10

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



UT.AV :

LOT N° :

UT.AV :

LOT N° :

136 60  
136,60

P.P.V.

LOT N° :

P.P.V.

LOT N° :

09366130/3

09366067/7  
89,20

PPV: 70DH00  
PER: 03/25  
LOT: M987



PPV: 70DH00  
PER: 03/25  
LOT: M987



PPV: 70DH00  
PER: 03/25  
LOT: M987



PPV: 70DH00  
PER: 03/25  
LOT: M987



DOCTEUR KHLAFA MOHAMMED

Médecin Spécialiste

Diplôme d'Endocrinologie

Diabétologie - Maladies Nutritionnelles

diplômé de l'université

René Descartes

Paris

الدكتور خلافة محمد

طبيب اختصاصي

PAKISTANIE LES JARDINS

LE OCEAN BAY Sari Au

Route d'Azemmour Km 15

1er Boulevar Casablanca

Tel : 05 22 29 08 29

fax : 05 22 29 08 29

T.P : 32960411

اختصاصي في أمراض الغدد

أمراض السكري - أمراض التغذية

خريج جامعة روني ديكارت

باريس

INP 091085530

25/08/23

Mohammedia, Le ..... المحمدية

Bousselham  
Sami

428,00x5 - Yenuek 5/1810

111,10x4 - Bipectera 3/1145

24,40x4 - Coris Alpinie

136,60x2 - Amlo 254

89,20 0 - 0 - 1  
70,00x5 Liverku 10,00 - 0 - 1

Trateub 6 tour pto M/T

زنقة بغداد الطابق الأول - الهاتف: 05 23 32 04 44 - المحمدية 13

13, Rue Baghdad 1<sup>er</sup> Étage - Tél: 05 23 32 04 44 - Mohammedia - Email: doc.khlafamohamed@gmail.com

= 3407,60

DOCTEUR KHLAFA MOHAMMED  
Médecin Spécialiste  
Diplôme d'Endocrinologie  
Diabétologie - Maladies Nutritionnelles  
diplômé de l'université INP 091085530



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : BOUSSELHAM SAAD JAMAL

Matricule : 2345

N° CIN : B7413

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : h Khlafa M. Spécialité : Endocrinien -

N° ICE : 001 72 22 12 00000 N° INPE : 091 085520

Certifie que Mlle, Mme, M. : Mousselham Saad.

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

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

- Diabète type 2
- hypertension artérielle.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : - Yenut 50/80 - Prise 1x1.  
Cohistan - 1x1. Ambre.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le 1 21/08/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois.  
En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées