

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-789142

173810

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5118

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELKRIM EL FILALI SAMIR

Date de naissance : 15/06/60

Adresse : Casablanca

Tél. : 0679072103

Total des frais engagés : 300,00 + 241,30 = 541,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/08/23

Nom et prénom du malade : BEN ABDELKRIM EL FILALI SAMIR

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète de 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 21/08/23

Le : 02/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
31/8/23	C2		300 dls	INP : 10911875
21/9/23	C		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIA 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadide UnChock-Casa-022-50.75.19	02/09/2023	941,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE ADDIA 16-1 Rue 3 Addiar Al Jadide UnChock-Casa-022-50.75.19	31/08/2023		142,50

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>														
				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			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"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

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

Nom et prénom : **BEN ABDEKRIM EL FILALI SAMIR**

Matricule : **5118** N° CIN :

Adresse : **Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue-Diabétologue
Complexe Al Moustakbal Imm. 107, GH. 04
Appt. N° 2, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 97 57 35

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité : **ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE**

N° ICE : N° INPE : **09120487**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BENABDEKRIM EL FILALI SAMIR**

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 :

HbA1c = 6,4% GAs = 1,46g/l

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **LANTUS saosue 20 unités/lml**
APIDRA Solosus 16-16-16 -
(ou HUMALOG 100U/ml)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casa** le **31/8/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue-Diabétologue
Complexe Al Moustakbal Imm. 107, GH. 04
Appt. N° 2, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 97 57 35

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

Docteur Samia NEJJAR

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
(Hôtel Dieu de Paris)

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition

- Diabète • Goitre • Obésité • Hypertension artérielle
- Cholestérol • Stérilité • Trouble de croissance et de puberté • Pathologie surrénalienne & hypophysaire
- Pose de Pompe à Insuline •

الأكثورة سامية النجار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

- الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليسترول
 - الضغط الدموي • أمراض النمو والبلوغ • العقم
 - أمراض الكظران و الغدة النخامية
- تركيب مضخة الأنسولين

Casablanca, le.....31/8/2023.....

Dr. BENABDELKRIM EL FILALI SAMIR

1) LANTUS Solostar

152,50

2) APIORA Solostar

20 Unités à 1h après le dernier pot
ou HUMALOG le matin 3mis -

16-16-16 3mis



PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue 3 Addiar Al Joudid
Machrek - Casablanca - 077-50 75 17

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue-Diabétologue
Complexe Al Moustakbal, Imm. 107, GH. 04
Appt. N°2, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 97 57 35

Docteur Samia NEJJAR

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
(Hôtel Dieu de Paris)

**Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition**

- Diabète • Goitre • Obésité • Hypertension artérielle
- Cholestérol • Stérilité • Trouble de croissance et de puberté • Pathologie surrénalienne & hypophysaire
- Pose de Pompe à Insuline •

الدكتورة سامية النجار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

- الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليسترول
- الضغط الدموي • أمراض النمو والبلوغ • العقم
- أمراض الكظران و الغدة النخامية

تركيب مضخة الأنسولين

Casablanca, le 21/12/2023

71 BEN ABDELKRIM EL FILALI SAMIR

- 1) MYNATOL 150 gr \$0,40
 - 2) DEFENSEL 150 gr 4 capsules
 - 3) Ixor 20 100 3ms \$2,00 x 3 = \$3,80
 - 4) NODER 50 100 3ms \$126,80
 - 5) ANXIOL 1/2 cy le soir 3ms \$201,00
 - 6) RELAXOL 14 225 gr \$36,40 x 2 = \$73,10
- 941,30**

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue, Diabétologue
Complexe Al Moustakbal, Imm. 107, GH. 04
Appt. N° 2, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 97 57 35

PHARMACIE ADDIAR
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadide
Machrek Casa-077.67.75.17

نو-ديب 50 مغ

سيرترالين



60 قرصا ملبسا
قابلا للكسر

LOT : 413
PER : NOV 2024
PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT : 393
PER : MAR 2024
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc

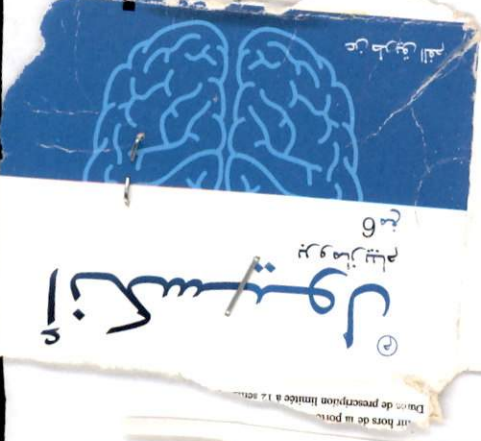
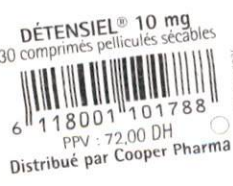
NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT : 393
PER : MAR 2024
PPV : 126 DH 80

CiplaMaroc



36.00

أنكسول

