

# 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 canalair

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur dans la partie consacrée à l'ALD et ALC dans la feuille de soins au cours des 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 caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed V Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 46



## Déclaration de Maladie

M22- 0009970

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELCAIDA NAJAT

Date de naissance : 10/08/2001

Adresse : SIDI MAA ROUF N°98 TIZIZ ATCHANAT

Télé : 0661106220

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/2023

Belcaida Najat

Age :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète type II + Hypothyroïdie

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 :

Le : 10 SEP 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
05/05/2023			250,00	Dr. Sabrina Chabaneau - Nutritionniste - Crétot - Cables - Chateaubriant
18/05/2023		Cardol DHI		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE DA Dsoussi Rachid Docteur en Pharmacie et Al Othmania Sidi Maâroui	12/09/23	667,20
	05/09/23	59,20

## **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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 | 21433552  
00000000 | 00000000

à l'égard du traitement des données

nes physiques à l'égard du traitement des dons  
Ilaï Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
[www.mupras.com](http://www.mupras.com)

AKIR ET RUE A  
522 22 78 18



Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en nutrition et diététique  
Diplôme universitaire d'échographie générale  
Electrocardiogramme (ECG)  
Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie  
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie  
Université de Médecine Paris XIII

دبلوم جامعي في علاج داء السكري  
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الصحية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدري  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية  
دبلوم في التنويم المغناطيسي والـ...

**Glucophage® 850mg**  
60 Comprimés pelliculés

Barcode  
6 118000 080640

Belcaide Casablanca le

Nojv:

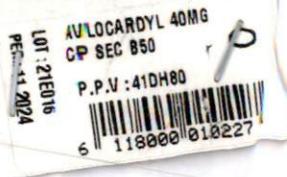
- Glycophage 850mg 45,20  
18x281ج بdt 3785.

- Doliphone 1g  
18x281ج بdt 85

T = 59,20



PHARMACIE DAOUSSI  
Daoussi Rachid  
Docteur en pharmacie  
38, Let Al Othmani Sidi Maârouf  
Casablanca - Maroc 20 04





Diplôme universitaire en diabétologie  
Diplôme universitaire en nutrition et diététique  
Diplôme universitaire d'échographie générale  
Electrocardiogramme (ECG)  
Mésothérapie - Acupuncture, Auriculothérapie  
Diplôme en Hypnose Médical et Homéopathie  
Université de Médecine Paris XIII

دبلوم جامعي في علاج داء السكري  
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الصحية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الميزوثيرابي - الوخز بالإبر الصينية  
دبلوم في التويم المغناطيسي و الهميوباتي  
كلية الطب بباريس XIII

Belaïda

Najoua

Casablanca le : 12/09/2023 :

SV

(18,06 x 6)  
108,00

diabète 850g

18x28lj Pdt 3 nos

IAOU  
Sidi Maârif  
Casablanca

(13,40 x 3)

Lévothyrox 50µg

18lj pdt 3 nos

18lj pdt 3 nos

(6,80 x 3)  
20,40

Lévothyrox 25µg

18lj pdt 3 nos

(28,80 x 2)  
57,60-

Vitaminyle

18x28lj Pdt 20 nos

(147,00 x 3)  
441,00-

Rosucard 10g

18lj pdt 3 nos

T = 667,20

PHARMACIE DAOUSSI  
Daoussi Pharmacie  
Dr. Sabrine Chtioui  
156,1  
Bd Qods - Casablanca  
Tél: 0522 52 52 51

PHARMACIE DAOUSSI  
Daoussi Pharmacie  
Dr. Sabrine Chtioui  
156,1  
Bd Qods - Casablanca  
Tél: 0522 52 52 51

**Diiformine® 850 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

18/00  
P R A 1 0 0 4 4 0 4 / 2 6  
P E R 0 4 / 2 6  
L O T M 4 4 0 9

6 118000 041276

30 comprimés pelliculés  
**Diiformine® 850 mg**  
Metformine

LOT : 2469  
PER : 07

LOT : 2469  
PER : 08-25  
P.P.V : 14,40 DH

A23770

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg,**

Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

**Diiformine® 850 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

P R A 1 0 0 4 4 0 4 / 2 6  
P E R 0 4 / 2 6  
L O T M 4 4 0 9

18/00

6 118000 041276  
**Diiformine® 850 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés

P R A 1 0 0 4 4 0 4 / 2 6  
P E R 0 4 / 2 6  
L O T M 4 4 0 9

18/00

**Diiformine® 850 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

**VITANEVRIL® FORT 100 mg**  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

**VITANEVRIL® FORT 100 mg**  
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

**Diiformine® 850 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

18/00  
P R A 1 0 0 4 4 0 4 / 2 6  
P E R 0 4 / 2 6  
L O T M 4 4 0 9