

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



# Déclaration de Maladie

N° W21-819276

81469

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	867	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	RAM
Nom & Prénom : LAMDAUGHRI LALLA ZAHRA			
Date de naissance : 1942			
Adresse : 44 Rue De MELIDA APPT 5			
HAY SALAM CASABLANCA			
Tél. : 0660976387 Total des frais engagés : 1590,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">                     Dr. ELBADII SAIDA                      Endocrinologue - Diabétologue                      283, Bd Yacoub El Mansour                      Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 81                 </div>			
Date de consultation : 25/9/23			
Nom et prénom du malade : LAMDAUGHRI ZAHRA Age : 78			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète type 2			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 NOV 2023			
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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

### 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
25/9/23	C		300 DH	INP : 03M15931 Dr. ELBADII SAID Endocrinologue - Diabétologue 153, Bd Yacoub El Manzour Casablanca
26/9/23	C			

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SENHAJA HEALTH Dr. SENHAJA ABDELLAH 98-100, Rue Yacoub El Manzour Hay Mohammadi - CASABLANCA Tél: 0522 623814 092052851	26/9/23	1290,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

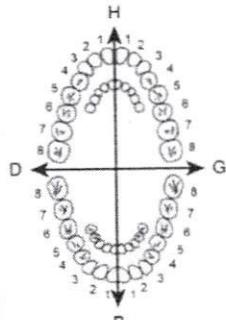
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

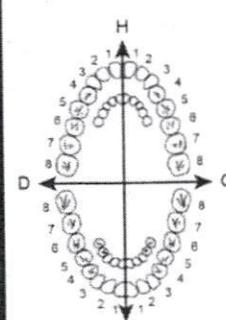


**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[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**

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

Nom et prénom :

LAMDAOURI Salle Zahra.

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

**Dr. ELBADII SAIDA**  
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialité :

Endocrinologue

N° ICE :

283, Bd Yacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522 39 46 81

N° INPE :

0522 39 46 81

Certifie que Mlle, Mme, M. :

LAMDAOURI Salle Zahra

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

renouvelable (3mois) . perte =

Diabète type 2

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

HbA1c M,7%. GAT 2130.

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Glibenclamide 18mg. 2415  
Glibenclamide 140mg

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

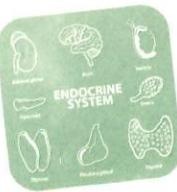
Fait à : Casablanca le 26/5/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. ELBADII SAIDA**  
Endocrinologue - Diabétologue  
283, Bd Yacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522 39 46 81

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

الدكتورة البديع سعيدة  
اختصاصية أمراض الغدد والسكري والأيض  
خريجة جامعة رين فرنسا



Dr. EL BADII Saida  
Spécialiste en Endocrinologie,  
Diabétologie et Maladies Métaboliques  
Diplômée de l'Université de Rennes France

Casablanca, le : 26/8/27

LAM DAGHRI Dalle Zahra.

40,00 x 3

S.V

Glenie 2kg

140 midi  
avant repos.  
3 midi.

390,00 x 3

S.V

GeliusPet 50/800

140 mat  
140 le Soir

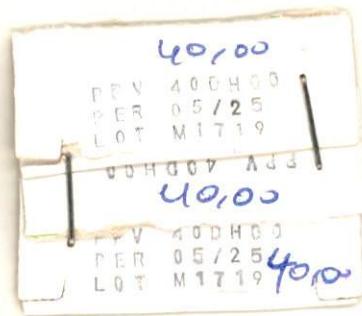
Total: 1290,00

après repos.

3 midi.

Pharmacie SENHAJA HEALTH  
Dr. SENHAJA BDEI HAMID  
98-100, Rue Capitaine LOUBI KHALILI  
Hay Michamza - CASABLANCA  
Tél: 0522.62.38.14

DR. ELBADII SAIDA  
Endocrinologue Diabétologue  
283, Bd Yacoub El Mansour  
Casablanca - Tél: 0522.39.46.81



⇒ x 3 bed