

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



Déclaration de Maladie
M22- 0054569

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3117 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DHIBI MOHAMMED
Date de naissance : 27 / 12 / 1957
Adresse : Résidence Aigue marine Inn S app 3 Dar
Bouazza Casablanca RTA de Benmouss
Tél. : 0661 156955 Total des frais engagés : 3462,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : DHIBI Mohamed Age: 67

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Croissance + Diabétique

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 : CASABLANCA Le : 14 / 02 / 2024

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
08/14/2023	S		Rou	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08-12-2023	T = 346,22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

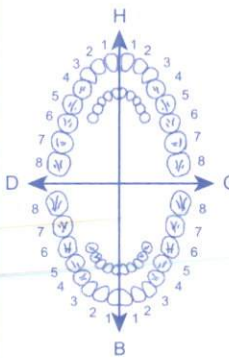
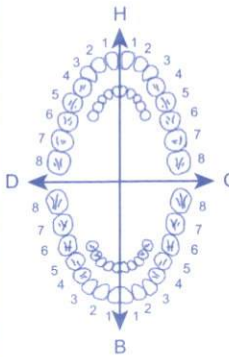
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div> G 00000000 11433553 </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Le 08/12/2023

Dr DAIRI
3x 1270,00 - Co... 1 p/8
3x 581,10 Candemil... 1 p/8 le...
3x 49,50 700001 TR... 20x2
3x 103,60 TABOR... 1 p/8
3x 43,00 Peromac... 1 p/8
3x 479,00 Jordiane... 1 p/8
2x 20,80 Orlucop... 1 p/8
3x 137,20 VASTAREL... 1 p x 2/8

T = 3462,20

Dr. ALLAOUI Mohamed
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél : 05 22 98 83 25

DE L'OCEAN A LA MER
Route d'Azor - Casablanca
Dar Bouazza - Casablanca
Tél : 05 22 28 08 25
RC : 399369 - T.P. : 32960411

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

CARDENSIEL - GROSSESSE - DANGER
كاردنسيال - الحمل - خطر

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

لا يستخدم لدى:
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون استعمال وسائل منع الحمل الفعالة،
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.



6 118001 100873



Cardensiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH



Chaque comprimé contient 10 mg d'empagliflozine
Excipients : qsp 1 comprimé
Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté
Lire la notice avant utilisation
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation
Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.
Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 10 ملغ من الإمباغليفلوزين
أسوغة : كمية كافية لقرص واحد
سواء ذو تأثير معلوم : مونيهدرات اللاكتوز
اقرأ النشرة قبل الإستعمال
يحفظ بعيداً عن مرمى و متناول الأطفال
لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ
يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه
وفق القوانين المعمول بها محلياً
القائمة رقم I - دواء خاضع لوصفة طبية

⇒ x 3 Ged

x 3 Ged



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés

BOTTUS.A
PPV : 479 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

x3 Ged

137,20

(50 X 28 X 114) mm

x3 Ged

EXP :
LOT N° : PK 306

P10023944

x3 Ged

49,50

LOT : 24323
EXP : 11/27
PPV : 330,33

x2 Ged

20,80

x3 Ged

43,00

