

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

199061

Maladie	Dentaire	Optique	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 056611		Société : R.A.M.	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HASSINE MOUREDDINE			
Date de naissance : 14/10/1959			
Adresse : 199 Lotissement Amine Sidi Madroud Casablanca			
Tél. : 06 399 872 42 Total des frais engagés : 4582,80 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 MARS 2024

Nom et prénom du malade : Mme FLMESSOUA Amina Et Hassan

Age : 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint, Enfant

Nature de la maladie : Hypothyroïdie + dyslipidémie mixte + HTA + diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 2 NEDALIE -

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 : 09/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : ARQUELL



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
09 MARS 2024	Eq	C	3000 Dhs Docteur Samia Endocrin Comptable Appel n° 23456789 Téléfax: 0525 5735	M. GH. 04 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE AMINE SARL <u>Leila EL KOUHENE</u> Lotissement Amine, N° 65 Sidi Maârouf - Casablanca Tel. : 0522 97 25 85	05/03/24	4282.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
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

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 سابقاً بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

- الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليستيول
- الضغط الدموي • أمراض التمثيل والبلوغ • العقم
- أمراض الكظران و الغدة النخامية

تركيب مضخة الأنسولين

Casablanca, le..... 9/3/2021.....

90.40 x 3
 1) AMARIZEL 2mg 100 c/jour 3m/s -
 2) GALNUS 50 25.10x6 0-1h apres le repas 3m/s -
 3) IPRAPIRAZU 10/1000 0-1h au mi du repas 3m/s -
 4) JALMANCE 10 100 apres le repas 3m/s -
 5) COANGINIB 50/125 100 3m/s -
 30.70x3
 6) KARDIGIC 75 0-1h 3m/s -
 24.40x3
 7) REVOTHIROID 100ug 100 c/jour 3m/s -
 6.80x3
 8) REVOTHIROID 25ug 100 c/jour (1m/s)
 95.60
 9) TETRAMAG 001 1m/s -
 744.45
 10) LANTOS 500mg
 11) LETROTOLIE GT 25 001 fort 3m/s -
 4282.80

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



إقامة المستقبل، عمارة 107، شقة 2، سيدى معروف - الدار البيضاء
Résidence Al Moustakbal, Imm. 107, GH.04, appt. 2 - Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 97 57 35 / 05 20 12 92 04 - الهاتف: Fax: 05 22 97 56 44 - الفاكس:

904
3200322: 107

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.
Aïn Séba 20250 - Casablanca

LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5

P.P.V. : 744DH00

6 118 0 1 0 8 1 6 1 5

41077
mg
muculés
31385935

: 479 DH 00

3200322: 107

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00

31385935

904
3200322: 107

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00

31385935

904
3200322: 107

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

LOT : 348
PER : MAR 2025
PPV : 114 DH 30

LOT : 341
PER : NOV 2024
PPV : 205 DH 00

25,00

25,00

25,00

6 118000 061847

6 118000 061847

TETRAMAG 30 CAPSULES
Complément alimentaire
Poids net 29,19 g

LOT:

PER:

PPC: 95.00 DH

W051
02/2026

25,00