

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



Veuve Noussatine T. Bari

N°: 21790

**Déclaration de Maladie : N° S19-0000994**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11875 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : DAMIR Khadija/Veuve Date de naissance : .....

Adresse : Cité de la Commune, Noussatine T. Bari, 105, 4, Hassan, Cas

Tél. : 0678912020 Total des frais engagés : 1033,60 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2020

Nom et prénom du malade : DAMIR le KHADIJA Age : .....

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

Nature de la maladie : Diabète TC

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 : Casa Le : 19/02/2020

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 Médicin attestant le Paiement des Actes
08/02/2020		P2	2500h	

Dr. Khadija CHARKAOUI ANJANI  
Spécialiste Endocrinologie  
Diabète  
100, Résidence Al Otaq Rd. Oum Rabi  
Oufa - Casa - Tél: 0522 89 79 34

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MEDIC Dr. S. Khadija ANJANI 283, P. St. Michel May Salam - C.T.L. Tél: 0522 94 65 30 - CASABLANCA	8/02/2020	783,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

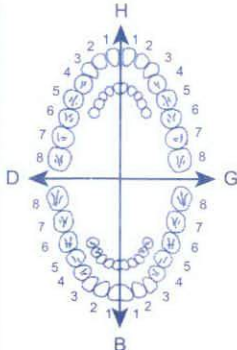
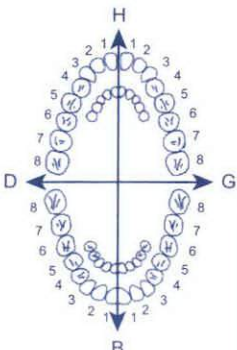
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBÉSITÉ - NUTRITION

Ex Médecin Chef du Centre Régional  
de Diabétologie

الدكتورة خديجة الشرفاوي زهواني

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد

السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الجهوي

لأمراض السكري

Casablanca, le 08/02/2020

DAMIR Khadija

24.40 x 3

1) levothyrox 100  
4 fl;

60.00

x6. 2) Odio 3mg  
2 fl x 21;

3) Lipontel 160

2 fl x 6 sur 3

116.80  
x 3

783.60

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - C.I.L.  
Tél: 0622 84 65 30 - CASABLANCA

Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI  
Spécialiste Endocrinologie  
Diabétologie  
100, Résidence Ofoq Bd. Oum Rabii  
Casablanca - Tél: 0622 89 79 34

رقم 100 إقامة الأحياء - أم ونيج الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 79 34

N°100, Résidence Ofoq Bd. Oum Rabii Oulfa Hay Hassani-Casablanca - Tél: 05 22 89 79 34 - Gsm.: 06 31 89 60 35

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

Odia® 3 mg

30 comprimés  
AMM N° 119 DMP/21/NNP

6 118000 022077

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

Odia® 3 mg

30 comprimés  
AMM N° 119 DMP/21/NNP

6 118000 022077

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

Odia® 3 mg

30 comprimés  
AMM N° 119 DMP/21/NNP

6 118000 022077

LOT 192085 1  
EXP 09 2022  
PPV 60.00

Odia® 3 mg

30 comprimés  
AMM N° 119 DMP/21/NNP

6 118000 022077

LOT 192085 1  
EXP 09 2022  
PPV 60.00

Odia® 3 mg

30 comprimés  
AMM N° 119 DMP/21/NNP

6 118000 022077

LOT 192085 1  
EXP 09 2022  
PPV 60.00

LOT 192085 1  
EXP 09 2022  
PPV 60.00

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

6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

Odia® 3 mg

30 comprimés  
AMM N° 119 DMP/21/NNP

6 118000 022077

LOT 192085 1  
EXP 09 2022  
PPV 60.00

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samir MAAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522.94 65 30-CASABLANCA