

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 054360

117359

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHVAOUI Abdellatif

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0619491457 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : 2 - diabète

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Signature



### 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
30.03.22			3000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

30/3/22

4660,20

### 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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

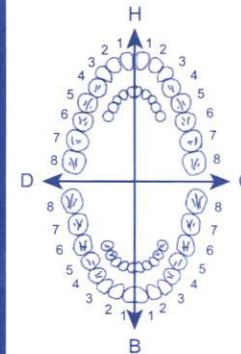
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

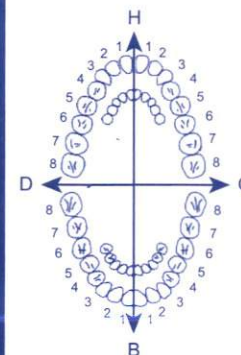
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du devis

Date de l'exécution



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum

الدكتورة المتقي أم كلثوم

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne de

l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplômée de la Faculté de

Médecine Université Hassan II

Ancienne Médecin Interne au centre

Hospitalier Universitaire Ibn Rochd Casablanca

أخصائية في أمراض الغدد الصم و داء السكري

التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن

الثاني - الدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي

الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca le : 30/3/22

M<sup>r</sup> : Saïd maceu Abdelkhalif

688x4. n p x 2

1) Tammouet 801 nocey

688x4. n p x 2

2) Tammouet u y

3) Tammouet u y

4) Tammouet u y

5) Tammouet u y

6) Tammouet u y

7) Tammouet u y

8) Tammouet u y

DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM  
Endocrinologue, Diabétologue  
23, Angle Rue Georges Sand & Rue Montaigne, 2<sup>e</sup> étage N° 8, Val Fleuri  
Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 99 59 02

DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM  
Endocrinologue, Diabétologue  
23, Angle Rue Georges Sand & Rue Montaigne, 2<sup>e</sup> étage N° 8, Val Fleuri  
Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 99 59 02 - GSM: 0666 89 61 53

4660,20

23, تقاطع زنقة جورج ساند و زنقة مونتاني. إقامة ريزيديا ( العمارة

فوق الساتيام) الطابق الثاني الشقة 8. حي قال فلوري المعاريف - الدار البيضاء

23, Angle Rue Georges Sand & Rue Montaigne. Résidence Résidia ( Immeuble

au dessus du CTM) 2ème étage Appt 8. Quartier Val Fleuri Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 99 59 02 - GSM : 06 66 89 61 53 - E-mail : oum.kaltoum@hotmail.com



Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V : 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V : 437,00 DH.

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca

Amirel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH



Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00



Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00



Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00



Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A. PPV: 550 DH 00

Sanofi  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca

Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V : 68,80 DH

