

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

- 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

MUPRAS N° M21- 0060618

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10094 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KOURT KHADIGA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0638453093

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAJDEL ALAMI
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 78

Date de consultation : 25/05/22

Nom et prénom du malade : KOURT KHADIGA

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DNI + Affection Longue Durée

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 : DERRA

Le : 06/06/2022

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
25/02	CS		180,00	<p>Dr. MAD EL ALAMI 31, Bd. Abdelhak Semhaji Hay El Amal III - Casablanca Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 79</p>
31/02	CS		proch	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie BEN CHADLI SARLAU Tél : 05 22 53 458</p>	31/05/22	1666,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

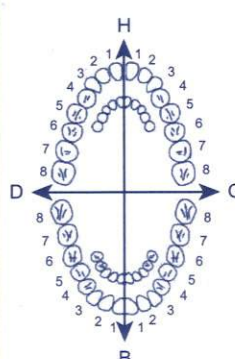
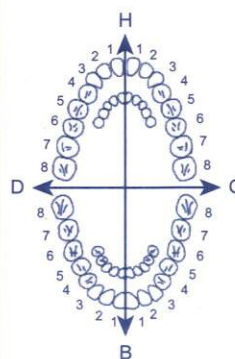
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

DOCTEUR MAJD EL ALAMI

Médecine Générale

Ancien Médecin attaché des Hôpitaux (France)

D.U Diététique et Maladies de la Nutrition

(Diabète - Hypercholestérolémie - Obésité...)

الدكتور مجد العلمي

الطب العام

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات (فرنسا)

شهادة جامعية في الحمية وأمراض التغذية

(السكري - السمنة - الكوليسترول)

Casablanca, le : 22/05/2018 : الدار البيضاء في

M^{re} KOUNTE Khoudja

45.20x9 Glibenclamide 800mg - 15 mois (8 mois)

97.60x6 Auroclon 200mg - 15 mois (8 mois)

40.80x9 Tardyferon 800mg - 15 mois (8 mois)

81.40

Omig 200mg - 15 mois

53.10

Relaxol - 15 mois

27.70x6

Cardioespamine - 15 mois

31, شارع عبد الله السنهاجي - حي الأمل 3 - الطابق الأول - الدار البيضاء

31, Bd Abdellah Senhaji - Hay Ama 3, 1er Etage - Casablanca

Tél.: Cabinet : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

49,60
1666,70

Dane put

Mwp 1205 put 30015



الشيخ نور محمد العلمي
Dr. MAJDE EL ACADI
31, Bd. Abdellah Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tel : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 22E007
PER: 01/2025
6 118000 060833

PPV: 56,30 DH
LOT: 21103D
EXP: 09/2023
D-CURE[®] AMPOULE
6 118001 320080

6 118000 092438
Ome 20mg
28 gélules

81,40

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

M. KOURTE - Khadiga

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné :

Dr. MAJID EL ALAMI
31, Bd. Abdelhak Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE : 09046552

Certifie que Mlle, Mme, M. :

KOURTE Khadiga

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

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

Arg = 108 g/l
HbA1c = 6,7 %
Cholest = 2,24 g/l + Anémie ferriprive
DNID = Glucose 800 mg. Nup 3/5
Civachine 200 mg Nup 1/5 - Candisoprine 100 mg

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

45.50 x 90
40.50 x 8
97.60 x 6
27.20 x 6
Civachine 200 mg + Candisoprine
Pondylfene 200 mg - 1 gélule par jour

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CAS

le 31/05/2024

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. MAJID EL ALAMI
31, Bd. Abdelhak Senhaji Hay El Amal III - Casablanca
Tél : 05 22 28 34 19 / GSM : 06 61 78 93 76

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20

LOT 190114
EXP 01/2024
PPV 45.20DH

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

LOT 190114
EXP 01/2024
PPV 45.20DH

LOT 190636
EXP 03/2024
PPV 45.20DH

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT K3618-2

CIVASTINE® 20 mg
Simvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT K3618-2

CIVASTINE® 20 mg
Simvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT K3618-2

CIVASTINE® 20 mg
Simvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT K3618-2


CIVASTINE® 20 mg
Simvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique


P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique


P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique


P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique


P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

PPV 97DH60
PER 12/23
LOT K3618-2

CIVASTINE® 20 mg
Simvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

PPV 97DH60
PER 11/23
LOT K3127-2

CIVASTINE® 20 mg
Simvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 041733

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH