

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



Déclaration de Maladie

N° W21-702355

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8187 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAKLI HASSAN
 Date de naissance : 18 11 56
 Adresse : Inara I Rue 32 N° 43 Lot DHAR
 Ain chac Casablanca
 Tél. : 0665 789670 Total des frais engagés : 3026,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. NADIR ANOUL - Diabétologue
 Endocrinologue - Nutritionniste
 182, Boulevard Anoual Casablanca
 Tél. : 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44
 Date de consultation : 10/5/22
 Nom et prénom du malade : CHAKLI HASSAN Age : 65 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète Type 2
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/5/22

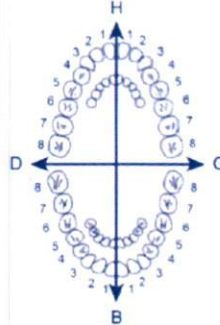
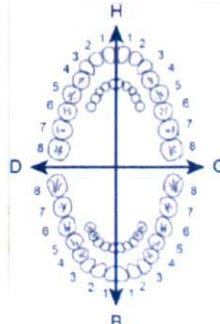
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
10 MAI 2022			85,00	091163089

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/5/22	2776,45

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(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

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maigreur - Retard de croissance et de puberté



الدكتورة ندير أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمرة - الكوليستيرول

النحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 10 MAI 2022 : الدار البيضاء في

Mr - Mme :

Chakli Hassan

- tesba (Fleisch)

- 24 ut le soir au coucher

- Micofine 20 (1mg)

(2 boîte)

68.8

x4

- Amouel 5.7

2 fois le matin avant le repas

428.5

x4

- Jarumet 50 (100)

2 fois le matin et le soir

27.7

x4

- Cardioprophylax

2 fois après le repas

صيدلية تشاكلي
PHARMACIE BOULEVARD DOHA
88 Bis Rue 2 Lot. Mehdi Aja Chok
Casablanca - Tél.: 05 22 50 15 30

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tél.: 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال، درب غلف، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

Al. Zanni

- Civostunelo y
Hf Kurler Sir

T_4 2776.40

MAJIE BOULEVARD DOHA
P.O. Box 2141, Mervia Aln Chok
Casablanca - Tel: 05 22 50 15 30

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tel.: 05 22 86 44 86/05 22 86 44 4

6 118001 081325

6 118001 081325

6 118001 081325

6 116001 081325

6 118001 090280

6 118001 090280

6 118001 090280

6 118001 090280

Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV: 96DH00
PER: 06/23
LOT: J2888-1

28
gélules

Voie orale

bottu

b

87, Allée des Citronniers - An Seale -
S. Elichoux - Pharmacie Resp

Microgranules gastro-résistants



Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV: 96DH00
PER: 06/23
LOT: J2888-1

28
gélules

Voie orale

bottu

b

87, Allée des Citronniers - An Seale -
S. Elichoux - Pharmacie Resp

Microgranules gastro-résistants



Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV: 96DH00
PER: 06/23
LOT: J2888-1

28
gélules

Voie orale

bottu

b

87, Allée des Citronniers - An Seale -
S. Elichou - Pharmacie Resp

Microgranules gastro-résistants



PPV : 97DH60
PER : 11/23
LOT : K3127-2

CIVASTINE®

Simvastatine

20

mg



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu, A

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

CIVASTINE® **20** mg
Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



PPV : 97DH60
PER : 11/23
LOT : K3127-2

CIVASTINE®

Simvastatine

20

mg



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu, A

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

CIVASTINE® **20** mg
Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



PPV : 97DH60
PER : 11/23
LOT : K3127-2

CIVASTINE®

Simvastatine

20

mg



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu, A

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

CIVASTINE® **20** mg
Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



PPV : 97DH60
PER : 11/23
LOT : K3127-2

CIVASTINE®

Simvastatine

20

mg



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

bottu, A

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

CIVASTINE® **20** mg
Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ

P.P.V: 428,00 DH.



6 113001 160488

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ

P.P.V: 428,00 DH.



6 113001 160488

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ

P.P.V: 428,00 DH.



6 113001 160488

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ

P.P.V: 428,00 DH.



6 113001 160488