

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
- 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.

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

M22- 0023905

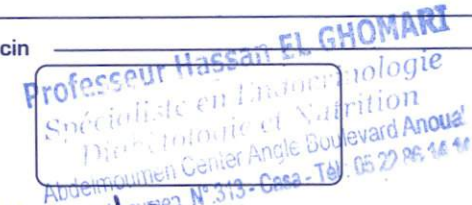
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 140254
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ASAL OTMANE
Date de naissance : 1948
Adresse : 95 RUE ORJOUANE AP 5 HAY RAHA
CASA
Tél. : 061253331 Total des frais engagés : 2187,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 / 11 / 2022
Nom et prénom du malade : Fenzal Saadla Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète + Affection pathologique
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 25 / 12 / 2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

29/11/24 9 300 DM

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur Date Montant de la Facture

29/11/24 1887.60

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

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 :

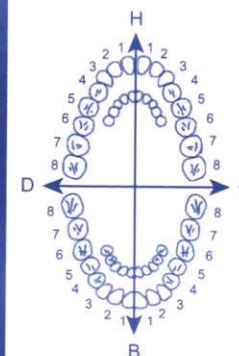
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

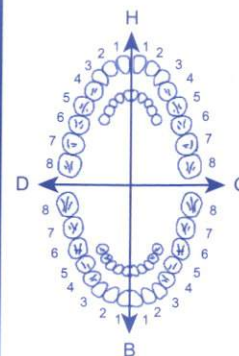
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



(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 Hassan EL GHOMARI

Professeur à la F.M.P.C

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition & Croissance

Ancien Attaché à l'hôpital Saint Luc
de Montréal - Canada



الدكتور حسن الغماري

أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة

أخصائي أمراض الغدد - داء السكري

التغذية و النمو

**طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا**

Casablanca, le : 29/11/22 : الدار البيضاء في

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.I.
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00



Mme TENZALI Saadia

LANTUS SOLOSTAR

20 ui soir pendant 3 Mois

COSERYL 5/5

0 - 0 pendant 3 Mois

KARDEGIC 75

0 - 1 - 0 pendant 3 Mois

LEVOTHYROX 50

1 Cp/j le matin 30 min avant le repas pendant

JANUMET 50/1000

1 - 1 - 0, pendant 3 MOIS

URINO

1-0-1 pendant 2 MOIS

OFIKEN 200 MG

1 - 0 - 1, pendant 10 JOURS

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

14011057



6 118001 130269
COSYREL 5mg/5mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

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

LOT 222145 1

EXP 06 24

PPV 170.00 DH

PHARMACIE AL AMANA
Mme Alami Sounni Samira
Docteur en Pharmacie

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، 313 الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Boulevard Anoual & Abdelmoumen, 313 - Casablanca

E-mail : hassanelghomari@yahoo.fr : البريد الإلكتروني - Tél. : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 : الهاتف

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

LOT : 21E007
PER : 02/2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



LOT : 22E063
PER : 09/2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



LOT : 21E009
PER : 05/2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



6 118001 102013 7862160336



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013 7862160336



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013 7862160336



Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

