

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.



162854

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009128

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAKIR Mina Date de naissance : 01/01/1952
Adresse : Rte N° 33 ATTADANOUOUYA (Cherm)
Tél. : 060444724 Total des frais engagés : 199-110 154 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. DRISSI OUDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10 - 11 Lts Selouane Sami Center
Oulfa - Casablanca
INPE:061307724
Date de consultation : 30/03/2023
Nom et prénom du malade : M^{me} BAKIR Mina Age: 71ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : AFFECTION METABOLIQUE
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 : CASABLANCA Le : 30/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
30/03/2023	CS	01	300,00	Dr. DRISSTOUGHIRI Meryem Endocrinologue 10-11 Lts Selouane Sami Center Oulfa - Casablanca INPE: 061307724

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
STE PHARMACIE CASABLANCA Lett. Haj Mohamed N° 3 Lot 64 Casablanca - Tél: 0522 937047	30/03/23	1660,10
STE PHARMACIE CASABLANCA Lett. Haj Mohamed N° 3 Lot 64 Casablanca - Tél: 0522 937047	12/04/23	34,00

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 <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 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		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Drissi Ouldghiri Meryem

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition et
Maladies métaboliques

LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH
LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH
LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH
LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

Echographie et techniques
diététique-nutrition clinique et thérapie
endocrinologie et métabolisme de la transition - Paris Sorbonne

MERYEM DRISSI

Casablanca, le 30/3/2023, دار البيضاء، في

30.70 x 3
Kardegic X, 1 s 1/2

Glucophage 1000 mg

28.00 x 1

136.50 x 2
Lipira 100 mg 1cp 1 fois

Polynorm 2 mg

46.00 x 6

59.00 x 3

LD noir 20 mg

151.60 x 3

Suliat 80mg 1cp 1/2

D-cine 100 mg 1cp 1/2

49.60 x 2

166.00

Mme BAKIR Mina

Exp. PPV: 136DH50
Exp. PPV: 136DH50

1/2 - 1 - 1/2

1cp x 2/3 15 min avant le repas.

1cp/fois

EXP: 01/2026
LOT: 230003
PPV: 28.00DH
EXP: 01/2026
LOT: 230003
PPV: 28.00DH

الدكتور إدريسي ودغيري مريم

أخصائية في أمراض الغدد السكرية

151,60

151,60

151,60

46,00

46,00

46,00

46,00

46,00

46,00

tit de 03 mois

221592
EXP: 12/2025
LOT: 221592
EXP: 12/2025
PPV: 28.00DH

Dr. DRISSIOULDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10-11 Lts Selouane Sami Center
Oula Casablanca
INPE: 061307724

001837609000057

Le 20/04/23

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Liponic gel	34,00	34,00
			34,00

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
DSP n° 220 DMP/21/NI

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Hay Fatah Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 63 10 28

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
DSP n° 220 DMP/21/NNF

34.00

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
RUE N° 3 Lot 6

TE PHARM
CASABLANCA
Loc. Hay Fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28