

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W21-798363

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8665 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEMMAM Hicham
 Date de naissance : 13/03/70
 Adresse : 8 Rue Pasquini Bd Abdelmoumen CARR
 Tél. : 0661 177239 Total des frais engagés : 8101,60 : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/07/2023
 Nom et prénom du malade : M. CHANNIM Imane Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Cas Le : 10/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
10/07/2023			300,	

[illegible]

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
		A M	P C	I M	I V	

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

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

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is supported by a series of piers, with the central pier being the tallest and the side piers being shorter. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DATE DE L'EXECUTION

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service

d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 10/07/2023

Mme GHAMMAD Imane

$439 \times 4 = 1760$

APIDRA Solostar

22 ui - 20 ui - 20 ui (pendant 06 mois)

$179 \times 4 = 716$

TOUJEO Solostar

36 ui le soir (pendant 06 mois)

$165 \times 4 = 660$

Bandelettes

3 contrôles par jour (pendant 06 mois)

160

Aiguilles NovoFine 8 mm

1 boîte (pendant 06 mois)

439

LANCETTES

1 boîte (pendant 06 mois)

$419 \times 6 = 2514$

FORXIGA 10 mg

1 comprimé le matin (pendant 06 mois)

$10,70 \times 8 = 85,60$

CARDENSIEL 2.5 mg

1 comprimé, matin et soir (pendant 06 mois)

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH

Pharmacie EL HOURAIRA
Dr. BELKEMIL HOUAIZA
21, Bd El Houraira, "E"
CASABLANCA
Tél: 0522 28 33 75

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Marjana,
2ème Etage, Apt. N°4 - Casablanca
Tél: 0522 86 56 34 / 0522 86 31 85 / 0522 86 19 00

293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Cas.
E-mail : drtazi@gmail.com - Tél. : 0522 865634 / 0522 863185 / 0522 864190 - GSM : 0672 24 33 33

On Call Plus
Blood Glucose Test Strips

REF G133-111

©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

On Call Plus
Blood Glucose Test Strips

REF G133-111

©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne
Casablanca 20040 Morocco
Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55
Fax: + 212 5 22 47 45 92



PHARMACIE ABI HOURAIRA

21,avenue abou houraira

صيدانية أبي هورايرة
PHARMACIE ABI HOURAIRA
Dr. BELLEMLIH HOU'DA
21. Bd Abi Houraira, (E) - Casablanca
Tél : 0522 38 33 75

R.C :372322

Patente:37370280

T.V.A :

C.N.S.S:8022478

Banque:BMCE 011794000067210000228974

Tél :0522383375

Le 10/07/2023

FACTURE N°267255

N° ICE : 000427171000071

GHAMMAD IMANE

N° IF : 40281173

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	AIGUILLE MEDI FINE 6MM/100	150,00	150,00	25,00	20,00
6	FORXIGA 10 MG /28CP	419,00	2 514,00		
8	CARDENSIEL 2.5MG CP	50,70	405,60		
4	TOUJEO	579,00	2 316,00		
4	APIDRASOLOSTAR /5STYLO	439,00	1 756,00		
4	ONCALL PLUS BANDLETTE / 50	165,00	660,00	110,00	20,00

صيدانية أبي هورايرة
PHARMACIE ABI HOURAIRA
Dr. BELLEMLIH HOU'DA
21. Bd Abi Houraira, (E) - Casablanca
Tél : 0522 38 33 75

TOTAL T.T.C :

7 801,60

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	810,00	Montant	135,00
--------------	---------------	-----------	----------------	--------	---------	--------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Mille Huit Cent Un Dirhams et 60 centimes.

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

Nom et prénom : **SEMMAMI Micham**

Matricule : **8665** N° CIN :

Adresse : **8 Rue pasquetti 1st Abdelmoune Casablanca**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **Docteur Otman TAZI** Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **GHAMAD DAWOUD**

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 :

Diabète de 1^{er} type

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Insuline

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **10/07/2013**

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur Otman TAZI
Endocrinologie - Diabétologie
Nutrition
293 Bd. Abdelmoumen, Imm. Morjana,
6ème Etage, App. 4 - Casablanca
Tél : 05 22 86 41 90 - 05 22 86 56 34