

# 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

- 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.

Nº W21-664070

176876

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5985

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EX RAM

Nom & Prénom :

SAID MOUATSI

Date de naissance :

26-11-66

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0661172775

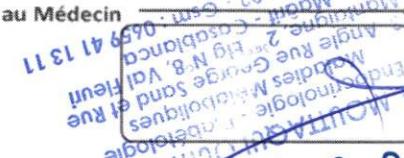
Total des frais engagés :

4082,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22-9-23

Nom et prénom du malade :

SAID MOUATSI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Dialytique

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/10/2023

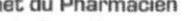
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
22/01/23	C8	300.DH		INP El Bouyoushi - Rue Abdelkader El Fenni Bab El Oued Kefl Houa Signature du Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/23	4082,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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	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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><math>\frac{D}{00000000}</math></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	$\frac{D}{00000000}$		35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
$\frac{D}{00000000}$																	
35533411	11433553																
B	G																
				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

# Dr EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum

# الدكتورة المتقى أم كلثوم

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

8-9670-73-270-2

Ancienno

8-9670-73-270-2

de

l'Assistance F 6

Diplor

Médecin

Ancienne

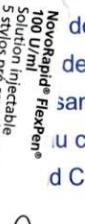
Hospitalier Uni



**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV: 571,00 DHS



**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV: 571,00 DHS



**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV: 571,00 DHS



**NovoRapid® FlexPen®**  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV: 571,00 DHS



أخصائية في أمراض الغدد الصماء و داء السكري  
التغذية و أمراض الأيض

طبية داخلية سابقة بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب بجامعة الحسن

الثاني - الدار البيضاء

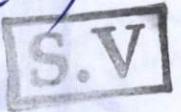
طبية داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي

- الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca le : 22/9/2023

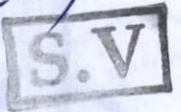
Mr Maouhafir Said

(1040,00 X 2)



Reciba

30 U.I. See  
( 571,00 X 2 )



Novorapid flexpen

( 15 - 8 - 20 )



69,00

Doceka



168,20

Augmenter



23، تقاطع زنقة جورج ساند وزنقة مونتاني. إقامة ريزيديا ( العمارة

الساتيام) الطابق الثاني الشقة 8. حي فال فلوري المعاريف - الدار البيضاء

23, Angle Rue Georges Sand & Rue Montaigne. Résidence Résidia ( Immeuble au dessus du CTM ) 2ème étage Appt 8. Quartier Val Fleuri Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 99 59 02 - GSM : 06 66 89 61 53 - E-mail : oum.kaltoum@hotmail.com

PHARMACIE EL MANSOUR  
CASAS S.A.R.L  
INPE 0920 25204  
BAK Moudi Ben Berka Jourgogne

3ml  
NovoRapid® FlexTouch®  
100 units/ml  
Solução injetável em stilo pré-rempli  
Solución inyectable en stilo pre-llenado  
PPV: 1040,00 MAD

8-9560-73-250-2

NovoRapid® FlexTouch®  
100 units/ml  
Solução injetável em stilo pré-rempli  
Solución inyectable en stilo pre-llenado  
PPV: 1040,00 MAD

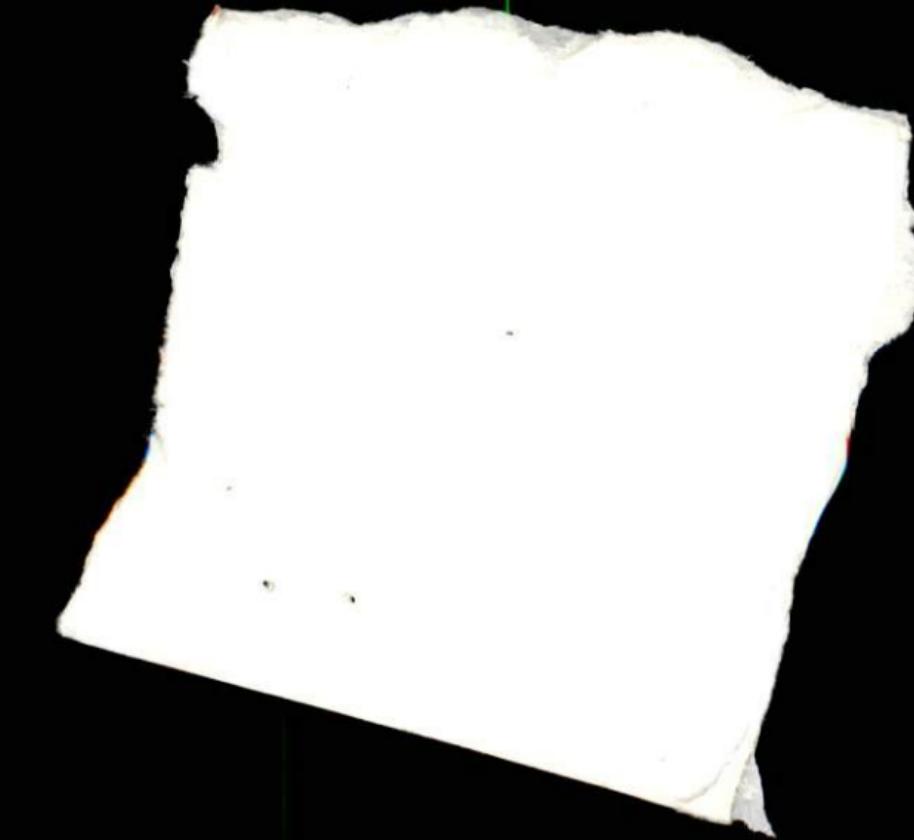
5x3ml  
NovoRapid® FlexTouch®  
100 units/ml  
Solução injetável em stilo pré-rempli  
Solución inyectable en stilo pre-llenado  
PPV: 1040,00 MAD

8-9560-73-250-2

~~408210  
50150  
Puy du Fou~~

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L  
INPE 092625204  
Boulevard Souleymane Diarra

EL MOUTTAQI Oum Kallount  
Fidétiologie  
Technologie diabétiques et sucre  
El Mouttaqia Rue El Hachem  
23 Angle Rue Hassan II Casablanca  
Rabat Maroc GSM : 0659 41 13 11  
TEL : 0522 99 59 02







# Physiodose

ZENITH Pharma  
PPC : 47,75 DH



Serum  
Physiologique  
Saline Serum

