

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-664068

176879

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5985

Société : EX RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAID

EX RAM
MOUHTAJIR

Date de naissance :

26-11-1966

Adresse :

HABITUELLE

Tél. : 0661178775

Total des frais engagés : 1611,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : CASA

Le : 22/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

D. NINIA

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
27/01/23	C	C	INP : 1	DR MONTAOUI OUM KALTOUH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chèque du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MAN INPE ABU Mardj Ben Smaïd Bou 292023	27/6/23	1611,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXIHAIBES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

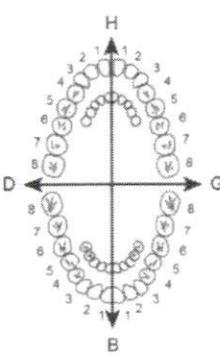
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
0			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]



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

Ancienne Médecin Interne de
l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplomée de la Faculté de

Médecine Université Hassan II

Ancienne Médecin Interne au centre
Hospitalier Universitaire Ibn Rochd Casablanca

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

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس
خريجة كلية الطب بجامعة الحسن

الثاني - الدار البيضاء

48 AV. Mardi Ben Ben Berta Bourguine Casa
INPE 092025204
PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.
Casa Bourguine Casa

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفاء
الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca le : 27/6/23

M. Houari Said

00404000

(a) Treceba

30 U. ms

571,00

g Novorapid FlexPen

(14 - 74)

1611,00



in de

3 may



Novorapid® FlexPen®
100 U/ml
5 styles injectable
Solutions pré-remplis de 3 ml
EL MOUTTAQUI Oum Kaltoum
Endocrinologue - Diabétologue
Montaigne Rue Georges Sand et Rue
Georges N° 8, VDL Fleur
Montpellier 34000 France
GSM : 0659 41 13 11
GSM : 0522 99 59 02



PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.

فوق السطيات (الطباطب) الشقة 8. حي قال 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

23 ، تقاطع زنقة جورج ساند و زنقة مونتاني . إقامة زينيت باب (السارة

NOVO NORDISK®



61180011216320300

611800112163221

61180011216322-73-250-8

6118001121632

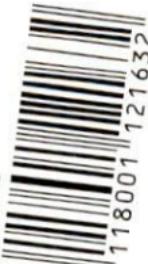
8-9560-73-250-2

5x3ml
Tresiba® Flex Touch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluïde
PPV :1040,00 MAD



6 118001 121632

5x3ml
Tresiba® Flex Touch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégluïde
PPV :1040,00 MAD



6 118001 121632

Uniquement sur ordonnance / Liste II

Respecter les doses prescrites

8

AUGMENTIN

AMoxicilline Acide Clavulanique

1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 222,00 DH
LOT: 651876
PER: 04/25



Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline