

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6802 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKI Abdellah

Date de naissance :

Adresse : Jawali 2 Rue 113 N° 32 C.D. CSA

Tél. : 0664583462 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Renouvellement pour facture

Date de consultation : 29/10/2023

Nom et prénom du malade : FHOUIME BATHIA Age : 1949

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTP + Dysplénie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie à vie

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 : 29/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

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
				<i>Relevé de facture par J. Dubois.</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/2023	88,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 16-cell polytope in four-dimensional space. It features a central point (the origin) from which 16 vectors (edges) extend to form a regular polytope. The axes are labeled: H (top), G (right), D (left), and B (bottom). The vertices are represented by small circles, and the facets are shown as spheres. The labels 1 through 8 are placed near the vertices to identify specific points.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine générale

Lauréate de la Fmpc

Ancienne interne à l'hôpital Bouafi

Diplôme de Diabétologie et Nutrition
de la Faculté de bordeauxDiplôme de gynécologie, infertilité et
suivi de grossesse de la faculté de Bordeaux

Echographie Générale

ECG - HTA

Hijama - Amincissement

Dr. Oumayma BERRADA
 Diabétologue Nutritionniste
 Jamila 4 Rue 80 N°247 Etg 1
 Casablanca - Tel: 0522 564 121

الطب العام
 خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
 طبيبة داخلية سابقاً في مستشفى بوافق
 دبلوم أمراض السكري والتغذية - بوردو
 دبلوم أمراض النساء، العقم و تتبع الحمل
 بكلية الطب ببوردو
 الفحص بالصدى
 تحفيظ القلب - ضغط الدم
 الجاما - تحسين

Casablanca, le : 29/05/2023

Mr JHOUD Bahia

116,00

1 -

Zamox 18
1 sachet x 20

8,70 x 2

2 -

Diamicron 60

28,00 x 6

3 -

Glucophage 18
1 cp x 20

52,80 x 3

4 -

TORVA 10 18
1 cp x 20

47,70 x 6

5 -

Ameps 18
1 cp x 20

Dr. Oumayma BERRADA
 Diabétologue Nutritionniste
 Jamila 4 Rue 80 N°247 Etg 1
 Casablanca - Tel: 0522 564 121

3 mois
 renouvelable

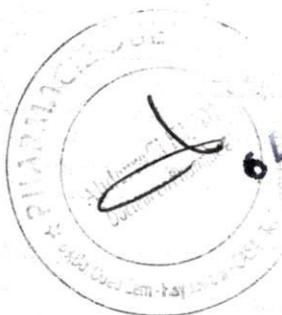
3 mois

Téléphone

0522-564 121



Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1 Oued Eddahab, Sbata
 شارع وادي الذهب، جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1، سباتة



Casablanca - Tel: 0522 564121
Jamaâa à Hay - Tel: 0522 564121
Dr. OUMARIA MIMOUNI
Pharmacien et Nutritionniste



Kalamgad

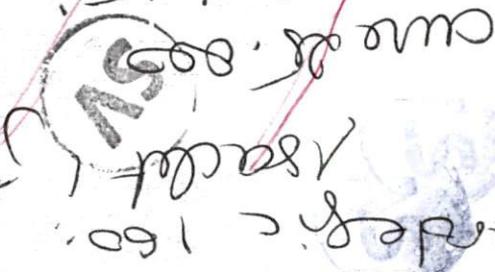
App

Abdullahi Umaru

15

Bearau

AB / 15d 44384



888

1984/85

- 10 -
cage
- g -
cage
- & -
cage

- t -
buccal
- 351033 -
Kardesegic



PHARMACIE OUED ZEM

69 BD OUED ZEM QUARTIER JAWADI 20450

Docteur en pharmacie

R.C :208720

Patente:37309160

T.V.A :49527790

C.N.S.S:2007723

Banque:19078021211570912000603

Tél : 0522385936

Le 29/08/2023

FACTURE N°360689

N° ICE : 001663665000096

N° IF : 49527790

MME FHOUME BAHRIA

ICE N° :



BRUT TTC 880,00 - Remise 0,00 = **NET TTC** 880,00

Nombre d'Articles : 5

TVA 7% Base:

444,71

Montant :

31,13

TVA 20% Base :

Montant

*Arrêté la présente facture à la somme de :
Huit Cent Quatre-vingt Dirhams.*

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70
6 118001 081189

LOT 221040
EXP 07/2025
PPV 97.70DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70
6 118001 081189

LOT 221040
EXP 07/2025
PPV 97.70DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V :35DH70
6 118001 081189

LOT: 1116
PER: 05/25
PPV: 57,80DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

78,70

LOT: 1116
PER: 05/25
PPV: 57,80DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

78,70

LOT: 1116
PER: 05/25
PPV: 57,80DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

78,70

LOT: 1116
PER: 05/25
PPV: 57,80DH

242600060-02

242600060-02

242600060-02

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom : *FHOUTME MOUTAKI Abdallah.*

Matricule : *6802* N° CIN : *B 316301*

Adresse : *Jawile I Rue 113 - N°32 - C.D. CASABLANCA*

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. Oumayma BERRADA Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *Dr. Oumayma BERRADA*
 Diabétologue Nutritionniste
 Olympapraticienne
 Jamila 4 Rue 80 N°247 Etg.1
 Casablanca - Tel: 0522 564 121

N° ICE : *INPE* Spécialité : *INPE*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *FHOUTME Bahr'a.*

Nécessitant un traitement d'une durée : *Dr. Oumayma BERRADA*
3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

G6 = 1,22
CH total = 2,04
HbA1c = 7,1
Hb = 0,57
urine = 0,27
LDL = 1,19
CU at = 8
TG = 133

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : *Diamicron 60*
Glucophage 1g
TDRA 10

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *Casablanca* le *29/05/2003*

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Oumayma BERRADA
 Diabétologue Nutritionniste
 Olympapraticienne
 Jamila 4 Rue 80 N°247 Etg.1
 Casablanca - Tel: 0522 564 121

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées