

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 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 051659

178267

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAKI Abdallah

Date de naissance : 1947

Adresse : Jawilo I Rue 113 N° 32 C.D. CASA

Tél. : 0664 583 462 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Renouvellement pour facture

Date de consultation : 29 / 08 / 2023

Nom et prénom du malade : FHOUME BARRIA Age : 1949

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTP + Dyslipémies

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 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/08/2023

880,00

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

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

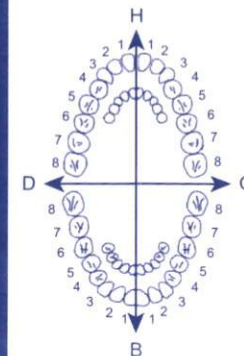
Coefficient

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

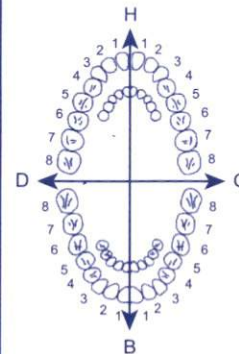
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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 Bordeaux

Diplôme de gynécologie, infertilité et

suivi de grossesse de la faculté de Bordeaux

Echographie Générale

ECG - HTA

Hijama - Amincissement

Dr. Oumayma BERRADA
Diabétologue Nutritionniste
Omnipratricienne Etg. 081
Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1
Casablanca - Tel: 0522 564 121

الطب العام
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا في مستشفى بوافي
دبلوم أمراض السكري والتغذية - بورديو
دبلوم أمراض النساء، العقم و تتبع الحمل
بكلية الطب ببوردو
الفحص بالصدى
تخطيط القلب - ضغط الدم
الحجامة - تخسيس

Casablanca, le :

29/05/2023

Hm Frouh Bahia

116,00

1 -

~~Zamox 1g~~

1 sachet x 2j

Dr. Oumayma BERRADA
Diabétologue Nutritionniste
Omnipratricienne Etg. 081
Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1
Casablanca - Tel: 0522 564 121

Cabinet medical Al Bahel

3 msn
prescription2 - ~~Diamicon 60~~

2 cp x le mati

2800 x 1

3 - ~~Glucophage 1g~~

1 cp x 2j

5270 x 3

4 - ~~TORVA 1048~~

1 cp x le soir

5270 x 2

5 - ~~Amepr 5~~

1 cp x le mati

Jamila 4 Rue 80 N°247 Etage 1 Oued Eddahab, Sbata

شارع وادي الذهب، جميلة 4 زنقة 80 رقم 247 الطابق 1، سباتة

Téléphone

0522- 564 121



8800

~~1971/15~~

Diab...
Jamila & huy...
Casablanca - Tel: 0522 564 121
DR. OUMAMMAM
Medecin...
N° 49 / Etg. 1
Rue...
RABAT



Adidha (quint)

Beatra 17
1 poa 21



1AB / 15J 173ms



18adit 1

Kaderic 160

10 -
ca gel
- 9
ca 1/2
- 8
ca hh

7 -
5630x2
3520x3
~~6~~ Kaderic



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:190780212111570912000603

Tél :0522385936

Le 29/08/2023


FACTURE N°360689

N° ICE : 001663665000096

N° IF : 49527790

MME FHOUME BAHRIA

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	T o t a l NET TTC	Dont TVA	% Taux	
3	DIAMICRON CO 60MG 60U LM	78,70	0,00	78,70	236,10		236,10			
6	GLUCOPHAGE CO 1000MG 30U	28,00	0,00	28,00	168,00		168,00			
3	TORVA 10MG 30CPS	57,80	0,00	57,80	173,40		173,40	11,34	7,00	
2	AMEP CO 5MG 56U	97,70	0,00	97,70	195,40		195,40	12,78	7,00	
3	KARDEGIC ST 160MG AD	35,70	0,00	35,70	107,10		107,10	7,01	7,00	
<div></div>		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: 23E005
PER: 03/2025
KARDEGIC 150MG
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: 23E005
PER: 03/2025
KARDEGIC 150MG
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: 23E005
PER: 03/2025
KARDEGIC 150MG
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

78,70

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

242600060-02

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

78,70

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

242600060-02

LOT 230632
EXP 04/2026
PPV 28.00DH

78,70

242600060-02

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	FHOUME MOUTAKI Abdallah.
Matricule :	6802 N° CIN : B 316801
Adresse :	Jamila V Rue 113 - N°32 - C.D. - CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Oumayma BERRADA Diabétologue Nutritionniste Omnipraticienne Jamila 4 Rue 80 N°247 Eto.1 Casablanca - Tél: 0522 564 121
N° ICE :	Spécialité : INPE N° INPE : 091248641
Certifie que Mlle, Mme, M. :	FHOUME Moutakia.
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input checked="" type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>Glyc = 1,22 CH total = 2,04 HbA1c = 7,1 HDL = 0,57 urée = 0,27 LDL = 1,19 creat = 8 TG = 139.</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Traitement prescrit : Diamox 60 Glucophage 18 Aripiprazole TDR A10 100</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casablanca le 29/05/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<p>Dr. Oumayma BERRADA Diabétologue Nutritionniste Omnipraticienne Jamila 4 Rue 80 N°247 Eto.1 Casablanca - Tél: 0522 564 121</p>	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

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