

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0007242

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

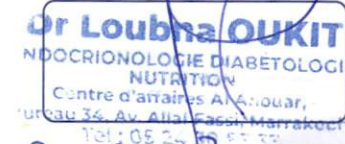
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : SAM.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SADDI O. Nouredine  
 Date de naissance : 8.4.52  
 Adresse : Res. Al Qantara Atlas 1/2, Ar. Mehdi Ben Barka, Darakeol.  
 Tél. : 0661376164 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28.07.2023  
 Nom et prénom du malade : SADDI Nouredine Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/07/23

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007242

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

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
28/12			9	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
28	28.07.25	3342,90

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

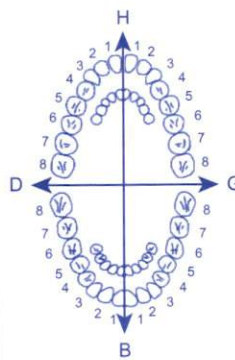
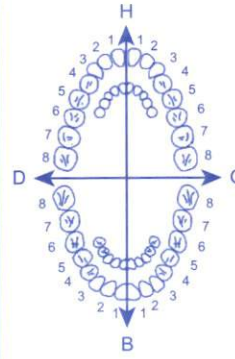
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

Veillez 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														
				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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Loubna Oukit

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie Nutrition

- Diabète et Insulinothérapie fonctionnelle
- Goitre et maladies de la thyroïde
- Suivi nutritionnel - Obésité et maigreur - Dyslipidémie
- Maladies des surrénales - Maladies de l'hypophyse
- Croissance et puberté

## الدكتورة أوقيت لبنى

طبيبة اختصاصية في أمراض السكري  
الغدد والتغذية

- السكري
- أمراض الغدة الدرقية
- السمنة - ارتفاع الكوليسترول
- أمراض الغدة الكظرية - أمراض الغدة النخامية
- النمو والبلوغ

Marrakech, le : 28/07/2023 في: مراكش.

N. SA DMPi Noerddeni.

1) 436,00 x 3  
Jardiane 28 (SV)  
1cp/j Le Natun

x Boni -

2) 167,00 x 3  
Crestor 10 (V)  
1cp/j Le sni

x Boni -

3) 437,30 x 3  
Saurbel 80 1/1000

1cp/j  
31.30 x 30  
24.90 x 20 1cp/j x 2 Boni  
33.42.90 x 3

مركز الأنوار للأعمال (امام مسجد الأنوار)، مكتب 34، الطابق الثالث، شارع حسن الفاسي، مراكش

Centre d'affaires Al Anouar (devant la mosquée Al Anouar), bureau 34, 3ème étage, Av. Allal Fassi, Marrakech

☎ 05 24 30 83 33 ✉ dr.loubna.oukit@gmail.com

Dr Loubna OUKIT  
ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE  
NUTRITION  
Centre d'affaires Al Anouar  
Bureau 34, 3ème étage, Av. Allal Fassi, Marrakech  
Tél : 05 24 30 83 33





6 118001 04 1077 313839-02

Jardiance 10 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 479 DH 00



6 118001 04 1084 313854-02

Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00



6 118001 04 1084 313854-02

Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 550 DH 00

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 10mg cp peli b30  
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111



Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkoutou

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1

Liste I – Uniquement sur ordonnance

**Titulaire de l'AMM au Maroc**

Merck Sharp & Dohme

166, 168 Bd Zerkoutoni

Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

<sup>®</sup>  
**Zyloric**

allopurinol

**200<sup>mg</sup>**

**28 comprimés**  
**Voie orale**

LOI  
EXP  
PPV

211765  
07 2025  
31.30



<sup>®</sup>  
**Zyloric**

allopurinol

**200<sup>mg</sup>**

**28 comprimés**  
**Voie orale**

LOI  
EXP  
PPV

211765  
07 2025  
31.30





<sup>®</sup>  
**Zyloric**

allopurinol

**200<sup>mg</sup>**

**28 comprimés**  
**Voie orale**

LOI  
EXP  
PPV

211765  
07 2025  
31.30

