

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0045849

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 732 Société : .....

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ZOUHAIR Mohammed

Date de naissance : 1934

Adresse : Hay Yasmine 3 Rue 55 N 74  
AIN CHOCK CASABLANCA

Tél : 0660 50 95 86 Total des frais engagés : = 1413,40 DHS =

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : Diabète + HTA

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 : CASABLANCA Le : 28 / 10 / 23

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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

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
25/10/2023	C2		150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KHOULOU	25/10/23	1100,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/10/2023	8130	163 dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# 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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS															
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

25/10/23  
le

111.00 x 7



MU NALOU Ribet

tout le

14 vi -> 5

10 vi -> 27

57.80 x 3



102 vi 10

NPE: 092035714

1/2 les



50.00 x 3

100 vi



Medecin Endocrinologue  
LABORATOIRE  
CHIMIE  
URINAIRES  
SUIVI  
DIABETES



مصحة الضمان  
POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ  
INARA II



LOT D564733H.6  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.1  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D564733H.3  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.1  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.2  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT D564733Z.1  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT: 1117  
PER: 05/25  
PPV: 57.80 DH

LOT D564733Z.2  
UT AV 08 2025  
PPV 111.00 DH

LOT: 1117  
PER: 05/25  
PPV: 57.80 DH

Humalog® Mix25  
KwikPen™  
Suspension injectable  
1 flacon de 3 mL  
BOTHEMA  
S.P. 14% 27182 Bourbourg, France  
A.M.M. N° 11017 DM (21) 14024



6 118001 071524

50,00

50,00

50,00



وصفة

ORDONNANCE

nr ZOUHAD EL

le 23/10/2023

045

4th Arc

DR IBRAHIM SOUFRANE NADIA  
Medecin Endocrinologue  
Diabétologue

LABORATOIRE  
DAR AL QODS  
Tél : 05 22 21 90 36  
05 22 21 90 36



صحة الضمان

POLYCLINIQUE ADDAMAN  
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

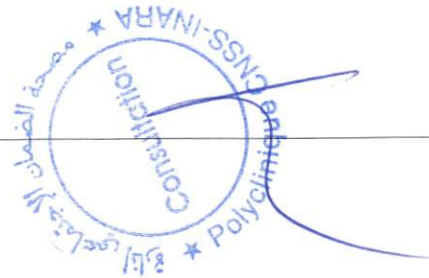
**POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA**  
**Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA**  
**Tél : 0522-21-30-90 ( L.G ) Fax : 0522-50-48-06**  
**RDV : 0522-50-45-13**  
**INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058**

6



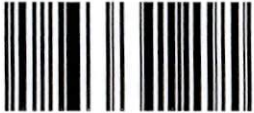
N° IPP : 935331		N° SEJOUR : 230045918		<b>FACTURE N° 2302014693</b>		DATE D'ENTREE : 25/10/2023		DATE DE SORTIE : 25/10/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>ZOUHAIR, Mohammed</b>							
MALADE : ZOUHAIR, Mohammed											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46104 DR IBNOU SOUFIANE NADIA		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU:	0.00					
DATE FACTURE : 25/10/2023		EDITEE LE : 25/10/2023		PAR: HAJAR		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE :				
						DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA				
						BANQUE : BMCE - INARA				
						N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91				



Facture
---------

**N° facture : 2023-01138**



**Edité le : 23/10/2023**

**Patient : Mr ZOUHAIR Mohammed**

**Date prélèvement : 23/10/2023**

Analyses		Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun		30	33,00
Hémoglobine glycosylée		100	110,00
<b>Total B</b>		130	143,00
<b>APB</b>		1,0	20,00
<b>Majoration de garde</b>			
<b>Total</b>			163,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent soixante-trois dirhams\*\*\*

LABORATOIRE  
D'ANALYSES  
Tél : 03 20 71 90 36  
Fax 50 15





Laboratoire Dar al I daa

Casablanca, le 23/10/2023

Soit

## Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 231023-007 Pvt du: 23/10/2023

Nom : Mr ZOUHAIR Mohammed

Demandé par Dr : IBNOU SOUFYANE NADIA

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	:	0,74 g/l	( 0,74 - 1,1 )	1,17 (17/07/23)
		4,11 mmol/l	( 4,1 - 6,12 )	
Hémoglobine glycosylée :	:	7,21 %		7,72 (17/07/23)

Les valeurs usuelles sont de 4 à 6% lorsque les glycémies sont normales.  
Les études modernes ont montré que le diabète est :

bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6,5 %

\* moyennement lorsqu'il est entre 6,5 et 7,5 %

\* mal équilibré au-delà de 8 %

\* À l'évidence les exigences doivent tenir compte de l'âge, de l'ancienneté du diabète et des autres problèmes.

Le Biologiste

Nous vous remercions de votre confiance