

# 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



**Déclaration de Maladie**  
N° M21-0030906

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société : Cas  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : FERRATI ABDELHADI  
 Date de naissance : 01.01.1954  
 Adresse : 67 NAB ROKA 99 ROUTE ADEL YAMCHAL  
 Tél : 0661142994 Total des frais engagés : 417,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ELGUERMAI Med Najib  
 Endocrinologue - Diabétologue  
 31 Bd Zerkouni - Marrakech  
 0524 44 96 00  
 Date de consultation : 14 DEC 2023  
 Nom et prénom du malade : KRID Amina Age : 58  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète  
 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 Yamchale Le : 12 / 12 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-30906

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 : 2504  
 Nom de l'adhérent(e) : KRID Amina  
 Total des frais engagés : 417  
 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
14 DEC 2023	C		250,00	Dr ELGUERMAI Med Naji Endocrinologue - Diabétologue B1, Bd Zerktouni - Marrakech 0524 44 16 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14-12-23

167,00

# 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

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 :

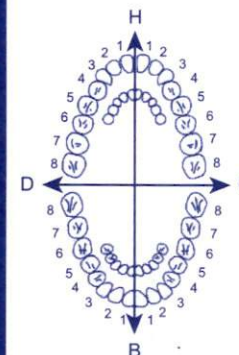
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
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



Marrakech, le : 14 DEC. 2023

الدكتور الگرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermai Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Pharmacie N° 2277  
N° 2277  
Tel : 05 24 44 96 00  
C. G. Brouka

Mme KRID Amina

AA 484



El Krid x 2

- IPRADIA LP 1000

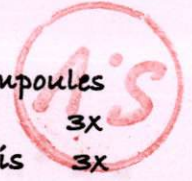
1op matin et soir  
au milieu des repas

Dr ELGUERMAI Med Najib  
Endocrinologue - Diabétologue  
31, Bd Zerketouni - Marrakech  
05 24 44 96 00

Ms. 10 x 2  
16700

-----qsp 1 mois

- UVEDOSE 100 000 UI : 6 ampoules  
1 ampoule / 15j 3x  
Puis 1 ampoule / 3 mois 3x



31 شارع الزرقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش

31, Bd. Zerketouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech

الهاتف : 05 24 44 96 00

البريد الإلكتروني : E-mail : nguermai@hotmail.com

Prière de téléphoner au secretariat avant tout passage au cabinet.

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



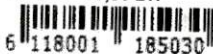
Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV

P.P.V : 19,50 DH





1000 వే

30 قرص بتحریر ممتد



عبر الفم

**IPRADIA® LP 1000 mg**

Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



6 118000 023517

بعد	قبل	مساء	منتصف	صباح	الليلة	
						



25,10

# إپرادیا LP

میتفورمین هیدروکلورید



**ملغ 1000**

**30 قرص بتحریر ممتد**

عبر الفم

سید  
الکندر

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل بعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☀
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	☒

**IPRADIA® LP 1000 mg**  
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



6 118000 023517


سوطیما  
otrema

Pharmacie des Cyprès  
N° 12 03 03 02 03  
Tél : 05 24 43 02 03

Mamabeg Le 14/12/23

Facture 0003326

M: KARI AMIN

Quantité	Désignation	P.Unit	P. Total
2	IPRINIA	25,10	50,20
6	UNE LOSE 100 000	19,10	114,60
			164,80
AMITY C. L. L. M. S. de Cent Doixante Sept 04 ET 2 CENTS -			
 Pharmacie des Cyprès N° 12 03 03 02 03 Tél : 05 24 43 02 03			