

## 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

- Reclamation : 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° W21-822054

Par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5752		Société : RAM 191323	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RIDADARAJAT MUSTAPHA			
Date de naissance : 01/01/1956			
Adresse : 91, IGHILT M'HAMID MARRAKCHI			
Tél. : 0643082351	Total des frais engagés : _____ Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : MARRAKCHI

Signature de l'adhérent(e) :

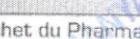
Le : 10/01/2014

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-822054	
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 : 5752	_____
Nom de l'adhérent(e) : RIDADARAJAT, M	_____
Total des frais engagés : 1888,50	_____
Date de dépôt : 13/01/2014	_____

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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
10 JAN 2024	9		250,00	INP : 0710510010 Dr ELGUERMAI MED - Diabetologue - Marrakech 06/00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/2024	1478,10
ENNAFAI MEDICAL - RAKACH		
N°56 Rue Bach Agouu - 10000 Dakar TÉL: 00223 320235 - IN 20716771 - CNSS 151130		

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
ACROMEDIC SARL Hamza 2 Frouga N° 9 Mhamid Marrakech : 05 24 37 00 20 - 05 24 37 00 21	12-1-24					160,-	

### VOLET ADHERENT

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

## RÉSUMÉ D'EXÉCUTION

### COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Marrakech, le : .....

10 JAN. 2024

# الدكتور الكرماعي محمد نجيب

اختصاصي

• أمراض الغدد الهرمونية

• أمراض السكري

• الأمراض الاستقلابية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Docteur El Guermaï Mohamed Najib

Spécialiste

• ENDOCRINOLOGIE

• DIABETOLOGIE

• MALADIES METABOLIQUES

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

31 شارع الزقطوني (أمام سينما كوليزي) مراكش  
31, Bd. Zerkouni (en face du Cinéma Colisée) Marrakech  
Tél. : 05 24 44 96 00  
الهاتف :  
E-mail : ngermai@hotmail.com البريد الإلكتروني :

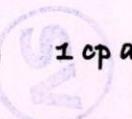
Mr RIDADARAJATE Mustapha D 680



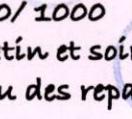
15,40

- GLYNORM 2 mg 1 cp avant petit déjeuner

(51,70 X 3)



- GLYNORM 1 mg 1 cp avant déjeuner



- GALVUS Met 50/1000

(390,00 X 3)

1 cp matin et soir  
Au milieu des repas

= 1478,50 =

+ bandelettes de glycémie

-----  
qsp 3 mois

Pharmacie MANYASS (SALAU)  
ENNAAM Mansour  
N°50 Rue Ben Amrou - Marrakech  
Tél. : 05 24 44 96 00 - 05 24 44 96 00 - 05 24 44 96 00  
T.P. 45310235 - V. 2024 - CNSS 1517450

Dr ELGUERMAI Med Najib  
Endocrinologue - Diabétologue  
31, Bd Zerkouni - Marrakech  
Tél. : 05 24 44 96 00

Prière de téléphoner au secrétariat avant tout passage au cabinet.

6 118000 023265



Glynorm® 2 mg  
Boîte de 90 comprimés  
AMM N° : 66/21/NRQd/DMP/MHA/18

سوطيمما  
Sotthema



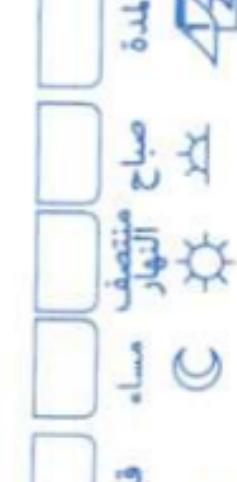
نورم®  
ريباكلينيد

LOT 23300 4 2  
EXP 09 2025  
PPV 153.40 DH

فاتورة

# گلینورم®

گلینورم®  
(گلیکلینیز)



Glynorm® 1 mg  
Boîte de 30 comprimés

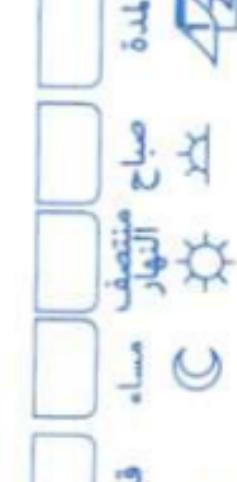
AMM N° : 69/21/NRQd/DMP/VHA/18



سوطنما  
Sotnema

# گلینورم®

گلینورم®  
(گلیکلینیز)

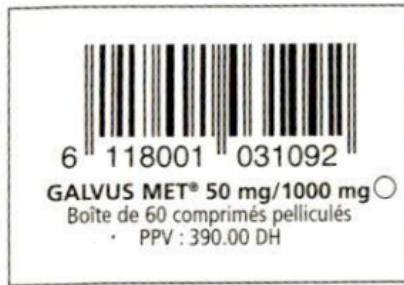


Glynorm® 1 mg  
Boîte de 30 comprimés  
AMM N° : 69/21/NRQd/DMP/VHA/18



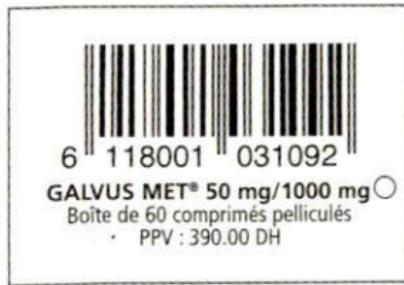
سوطنما  
othema

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلديغليپتين و 1000 ملг  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



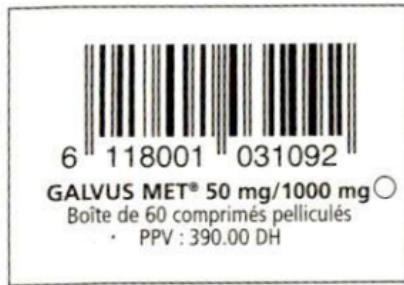
60 Comprimés pelliculés

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلديغليپتين و 1000 ملг  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



60 Comprimés pelliculés

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
يحفظ الدواء داخل العلبة بعيدا عن الرطوبة  
يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء  
يحتوي كل قرص مغلف على 50 ملг من فلديغليپتين و 1000 ملг  
اقرأ النشرة للمزيد من المعلومات



60 Comprimés pelliculés

# Diab® control

TD-4279

Remboursé  
par les  
Mutuelles



50  
Bandelettes

Utiliser exclusivement avec le lecteur de glycémie  
Diab control TD-4279.

50 bandelettes de test, Instructions à l'intérieur.

TaiDoc Technology Corporation  
B1-7F, No. 127, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,  
24888 New Taipei City, Taiwan  
[www.talidoc.com](http://www.talidoc.com)

EC REP MedNet EC-REP GmbH  
Borkstraße 10  
48163 Münster, Germany

CE 0123 IVD For self-testing. / Pour l'auto-test.

10% 85% 30°C 2°C TD-4330

RoHS

4 717095 032811

MARRAKECH Le : 12/01/2024  
Facture N° : FT0003/24  
Mode Régl. :

rida darajat mustapha

TVA	Désignation	Qté.	Prix TTC	Mont. TTC
20	DIAB CONTROL/50	1.00	160.00	160.00

ACROMEDIC SARL  
Hamza 2 Frouga N°9 Mhamid  
Marrakech  
Tél: 05 24 37 00 29 - 05 24 01 03 64

HT 20 % : 133.33  
TVA 20 % : 26.67

TOTAL HT :	133.33
T.V.A :	26.67
TOTAL TTC:	160.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DIRHAMS ET ZERO CENTIMES ./.

MARRAKECH Tél:0524370029 Whats:0524370029  
Patente : 64651200 RC:51169 IF:40468554-ice:001448727000009  
Email: Site: