

## 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° W21-667678

200999

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6468 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAHMOUDI RACHIDA

Date de naissance : 05/12/1961

Adresse : 04 OP. Ocean Bay - Appt K03-RDC  
GH6 - DAR BOUAZZA

Tél. : 0661382978 Total des frais engagés : 4649,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2019

Nom et prénom du malade : MAHMOUDI RACHIDA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

hypertension

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 Prélèvement des Actes
11/03/2024		250.00		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/31/24	4399.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

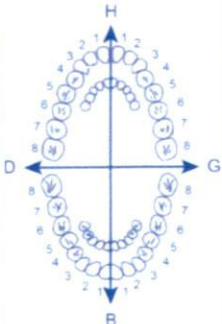
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																			
				MONTANTS DES SOINS	<div></div>																			
				DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																			
				FIN D'EXECUTION	<div></div>																			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table><tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr><tr><td>B</td><td></td><td></td></tr></table>	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H		H																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D		G																				
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	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

# Dr. Yasmine Driouch

• Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques  
• Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Pharmacie de Casablanca

مين  
سكري  
دلة

PPV: 68DH80  
PER: 11/25  
LOT: M4014

PPV: 68DH80  
PER: 11/25  
LOT: M4014

Casablanca, le

12/03/2024

Prescription pour Monsieur Roulido

PPV: 68DH80  
PER: 11/25  
LOT: M4014

Grand DUCH  
PHARMACIE  
LABORATOIRE  
D'ANALYSES  
Vél. 022 - 48.32.84  
CCH: 094 / 05. 02. 10

PPV: 68DH80  
PER: 11/25  
LOT: M4014

68,80 x 5 = 344,00

1) glesine cp 4mg



6 118001 041084  
Jardiance® 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
OTTU S.A PPV: 479 DH 00

479,00 x 3 = 1437,00

2) Jardiance cp 25mg

390,00 x 3 = 1170,00

3) Galvus Met cp 500mg



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV: 390.00 DH



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV: 390.00 DH



6 118001 041084  
Jardiance® 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 comprimés pelliculés  
BOTTU S.A PPV: 479 DH 00



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV: 390.00 DH

Sidi Al Khadir, Al Wifak 1, Rue 2, Immeuble 19, 28  
22 900 909 - Whatsapp : 06 60 78 88 97 -



$$13,40 \times 2 = 26,80$$

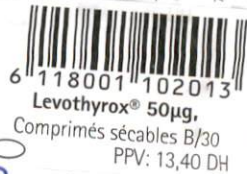
4) Lénvotthyrona cp 50



57,80

5) Coartel

LOT : 231509  
EXP : 10/2026  
PPV : 57,80DH



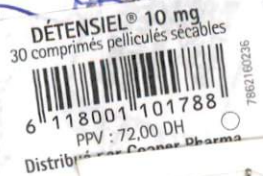
$$72,00 \times 3 = 216,00$$

6) Dénésiel cp 10



$$207,00 \times 3 = 621,00$$

7) Triester cp 10mg



43,70

8) Zylonic cp 100mg



$$27,70 \times 3 = 83,10$$

9) Cardioscopine cp 100mg

$$100,00 \times 4 = 400,00$$

10) Bo de lettres glycérol

4399,40 10 veilles ex 375

07.07.08

07.07.08

07.07.08

LOT 233494  
EXP 11 2027  
PPV 43.70 DH

CONTROL N 110-145 mg/dL  
CONTROL L 37-48 mg/dL  
CONTROL H 320-415 mg/dL  
LOT 0P264HC31F  
2024-07

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

**Contour plus**  
Test Strips  
Bandelettes réactives  
25  
SANS CODAGE  
NO CODING  
Lot plus Contour Contour plus Contour Contour plus

**Contour plus**  
Test Strips  
Bandelettes réactives  
25  
SANS CODAGE  
NO CODING  
Lot plus Contour Contour plus Contour Contour plus

**Contour plus**  
Test Strips  
Bandelettes réactives  
25  
SANS CODAGE  
NO CODING  
Lot plus Contour Contour plus Contour Contour plus

**Contour plus**  
Test Strips  
Bandelettes réactives  
25  
SANS CODAGE  
NO CODING  
Lot plus Contour Contour plus Contour Contour plus





# PHARMACIE AL OUMRANE



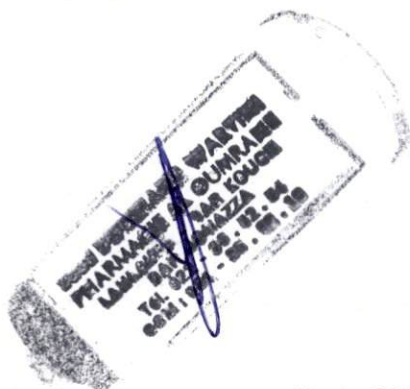
FACTURE N° : 042/2024

Client : M,e MAHMOUKI RACHIDA

Date : 12/03/2024

Désignation	Quantité	P.U	Total TTC
Contour plus 25 (terst)	04	100,00	400,00
Total TTC			400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Quatre cent Dhs TTC,




Route Côtière Dar Bouazza Casablanca

Tél , 05 26 99 66 29

Patente, 32973400 - CNSS , 6289939 - RC , 29755 - ICE ,000491000000087

CONTROL N	110-143	mg/dL
CONTROL L	37-48	mg/dL
CONTROL H	320-415	mg/dL

 2024-07  
 LOT 0P269HC31F



**25**

**Test Strips**  
Bandelettes réactives

بوار تست  
بوار خط اختبار

**NO CODING**

SANS CODAGE

**Contour™ plus**

بوار تست / بوار خط اختبار

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

بوار خط اختبار جلوكوز الدم

بوار خط اختبار جلوكوز الدم



**Contour™ plus**

بوار تست / بوار خط اختبار

**25**

**Test Strips**  
Bandelettes réactives

بوار تست  
بوار خط اختبار

**Contour™ Plus**

بوار تست / بوار خط اختبار

For use with / À utiliser avec

بوار خط اختبار جلوكوز الدم / بوار خط اختبار جلوكوز الدم

REF 84627446

# Contour<sup>TM</sup> plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس



## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

For use with / À utiliser avec  
للاستخدام مع أجهزة قياس / جهت استفاده با  
دستگاههای تست قند خون

**CONTOUR<sup>TM</sup> PLUS**

Meters / lecteurs  
کونتور پلاس / (کنتور پلاس)

REF 84627446

# Contour<sup>TM</sup> plus

کونتور پلاس / کنتور پلاس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

## 25

Test Strips  
Bandelettes  
réactives

شریط اختبار  
نوار تست

**NO  
CODING**

SANS CODAGE



CONTROL N 110-143 mg/dL

CONTROL L 37-48 mg/dL

CONTROL H 320-415 mg/dL

LOT DP26QHC31F



2024-07