

## 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° W21-705841

136788

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12526 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZERRAR ELMEHDY  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. RAOUFI HAJAR**  
 Spécialiste en Médecine Interne  
 Panorama Offices, Imm. 13, Bureau N°15  
 Sidi Maarouf, Casablanca  
 Tél : 05 22 10 39 45

Date de consultation : 05/10/22  
 Nom et prénom du malade : Benzizine Amine  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie gastro-intestinale  
 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 : 10 / 10 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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  |
| 03/10/2022                     | CS                |                       | 612                             | INP : 091277855<br><b>Dr. RAOUFI HAJAR</b><br>Spécialiste en Médecine Interne<br>Panorama Offices Imm.13, Bureau N°1<br>Hassan II, Casablanca |

**Dr. RAOUFI MAJAR**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Panorama Offices, Imm.13, Bureau N°17  
Sidi Maarouf, Casablanca  
Tel. 05 22 10 30 45

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE DALAI</b><br>24, Bis. des Vignes<br>Oasis - Casablanca<br>05 22 99 27 54 | 05/10/2022 | 3619,40               |
|   |            |                       |

ou du Fournisseur

**PHARMACIE DALAI**  
24, Bld. des Vainqueurs  
Oasis - Cossonne  
Tel 05 22 99 27 54

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

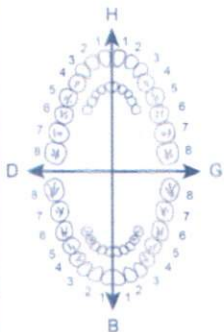
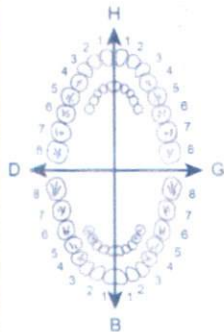
[illegible]

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B                                       |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412  | 21433552            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>                                    |                     |  | D  | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |  |
|  | D   | G                   |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000  | 00000000            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411  | 11433553            |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | (Création, remont, adjonction)  |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                               |   |                     |  |  |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                     | 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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF**

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr Hajar RAOUFI

Spécialiste en Médecine Interne

Lauréate de la faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca

Maladies de système

Maladies auto immunes

Rhumatismes inflammatoires (biothérapies)

Maladies des os et des articulations

Check-up



شجر رؤوفي

مخاضية في الطب الباطني

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

الأمراض الباطنية

أمراض المناعة الذاتية

أمراض الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل

الفحص العام

## ORDONNANCE

Casablanca, le 05/10/22

294,00 x3  
1/ Benzine Amina  
SI  
1/ Imurel 500mg cp  
1cp x3/jr pdt 3 mois  
581,00 x1  
2/ Pentasa 500mg cp  
SI  
337,00 x6  
3/ Pentasa 500mg cp  
SV  
145,00 x1  
4/ Tonic cp  
SV  
1cp/jr pdt 10jrs

PHARMACIE DALAL  
20, Bis, des Vanneaux  
Casablanca - Casablanca  
Tél 05 22 99 27 54

شارع أبو بكر القادري, مكاتب باتورما, عمارة 13 الطابق 3 مكتب 15 سيدي معروف - الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Panorama Offices, Imm 13, 3<sup>ème</sup> étage, bureau 15, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél : 05 22 10 30 45 - 06 94 49 82 85 - Email : raoufi.hajar@gmail.com



60,00

cp  
1 cp/jr

SV  
1 cp/jr

6/Enterogominu amp

99,00

1 amp x 3/jr

7/Prodefen sachet

SV

3617,40

1 sachet/jr

MUREL 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AMM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ  
P.V. : 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

MUREL 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ  
P.V. : 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

MUREL 50 mg, comprimé pelliculé  
Boîte de 100  
AM N° 483/17 DMP / 21 / NRQ  
P.V. : 294,00 DH  
Distribué par Laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
Sous licence des laboratoires ASPEN

6 118001 071456

PRODEFEN

**AZIX 500 mg**  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L361

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Tavanic 500mg cp pel b6  
P.P.V. : 145,00 DH

6 118001 080570

**PENTASA 500 mg**  
100 comprimés  
PPV : 587,00 DH  
AMM N° 38 DMP / 21 / NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P. N° 1.27182 Bouskoura

6 118001 070459

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Terogermina 2 milliards  
asp b 10 fl 5 ml  
P.P.V. : 60,00 DH

6 118001 081653

**PENTASA 1G**  
15 SUPPOSITOIRES  
PPV : 337,00 DH  
ADSP N° 80/98DMP/21  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070466

**AZIX 500 mg**  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L362

**PENTASA 1G**  
15 SUPPOSITOIRES  
PPV : 337,00 DH  
ADSP N° 80/98DMP/21  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070466

**PENTASA 1G**  
15 SUPPOSITOIRES  
PPV : 337,00 DH  
ADSP N° 80/98DMP/21  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070466

**PENTASA 1G**  
15 SUPPOSITOIRES  
PPV : 337,00 DH  
ADSP N° 80/98DMP/21  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070466

**PENTASA 1G**  
15 SUPPOSITOIRES  
PPV : 337,00 DH  
ADSP N° 80/98DMP/21  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070466