

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1975 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : RETR 145734

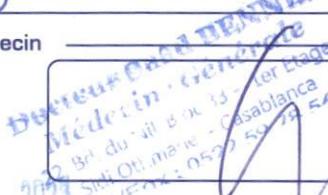
Nom & Prénom : AFKIR Lahcen

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse :

Tél. 06 66 88 80 28 Total des frais engagés 563,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 12 JAN 2023

Nom et prénom du malade : MARZOODA FATIMA Age : 71

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Spermatoctose

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pathologie

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 : Maroc Le : 12/01/2023

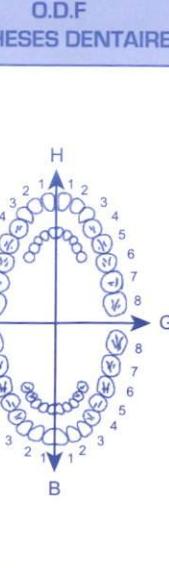
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES TAUXS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
172 JAN 2023	Se		2 06 DHS	<i>Docteur Salim BEN Médecin Générale du Nil, Bloc 53 - 1er Etage Bab El Oued Casablanca 052 50 78 54</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE CASABLANCA Sousc. N° 25 - N° 55 - Tél. 05 22 55 33 16 Casa - Tel. 05 22 55 33 16	12/01/2023	163,80

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	13/01/2013 B/130		200,-

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez 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											
					Début d'exécution											
					Fin d'exécution											
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux										
				<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Montants des soins
		H	G													
		25533412 00000000	21433552 00000000													
		D	G													
00000000 35533411		00000000 11433553														
B																
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES**

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ  
Racine extension Bourgogne -Casablanca.  
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754  
N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503  
IF : 41404766

**FACTURE N° : 2301130069**

Casablanca le 13-01-2023  
Prescripteur : Dr SAAD BENNIS

**Mme MARZOUG Fatima**

Demande N° 2301130069  
Date de l'examen : 13-01-2023  
Correspondant : RADI

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s

*Signature*  
LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ  
Racine extension Bourgogne -Casablanca.

**LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES**

5,Avenue du Docteur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ  
Racine extension Bourgogne -Casablanca.  
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

*Date du prélèvement* : 13-01-2023 à 12:17  
*Code patient* : 2301130069

**Mme MARZOUG Fatima**  
Dossier N° : 2301130069  
Prescripteur : Dr BENNIS SAAD



**BIOCHIMIE SANGUINE** (Hitachi 911)

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 6.50 % (4.50-7.00)

Interprétation :

(Diabète stable < 7 %)  
(Diabète instable > 8 %)  
(Niveau non diabétique <6%)

Cholestérol total 2.17 g/L (1.40-2.20)

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

Docteur Saâd BENNIS

Médecine Générale



الدكتور سعد بنيس

الطب العام

Echographie Générale - ECG

Maladies Rhumatismales et Inflammatoires

22, Boulevard du Nil, Bloc 33, 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 59 78 56

E-mail : saadbennis@hotmail.fr

فحص بالصدى - تخطيط القلب

أمراض الروماتيزم و التهاب المفاصل

22. شارع النيل، بلوك 33، الطابق الأول

سيدي عثمان، الدار البيضاء

الهاتف / فاكس : 0522 59 78 56

Casablanca le :

12 JAN 2023

Madame Naâma Elouaïd

- Mr Nee  
- Obéryne Elouaïd

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MÉDICALES

Avenue du 1er Novembre 2011, résidence KENZ

BP 10000 Casablanca, Maroc, Avenue Bourguiba

Tel. 0522 2087 47454 Casablanca

Docteur Saâd BENNIS

Médecine Générale

22, Bd. du Nil, Bloc 33, 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél/Fax : 0522 59 78 56

Docteur Saâd BENNIS

Médecine Générale



الدكتور سعد بنيس

الطب العام

Echographie Générale - ECG

Maladies Rhumatismales et Inflammatoires

22, Boulevard du Nil, Bloc 33, 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél / Fax : 05 22 59 78 56

E-mail : saadbennis@hotmail.fr

فحص بالصدى - تخطيط القلب

أمراض الروماتيزم و التهاب المفاصل

22. شارع النيل، بلوك 33، الطابق الأول

سيدي عثمان، الدار البيضاء

الهاتف / فاكس : 0522 59 78 56

Casablanca le : 12 JAN 2023

Madame MAMOURA RABIA

27,00

1/ Abdomen rive droite

S.V

21,00 Cœliaque jupelle par l'abdomen

S.V

2/ Urethra ampli

40,80 Cœliaque jupelle par l'abdomen

S.V

3/ Rectum ampli

37,00

4/ Draine MN ampli

S.V

~~HARMACHE BENNOUR~~  
SARL

oc 25 N°E Sidi Othmane  
asa - Tél: 05 22 55 33 16

PHARMACIE BENNOUR  
SARL

Bloc 25 N°E Sidi Othmane  
Casa - Tél: 05 22 55 33 16

Docteur Saâd BENNIS  
Médecine Générale

22, Bd du Nil, Bloc 33 - 1er Etage

Sidi Othmane - Casablanca

Tél/Fax : 0522 59 78 56

PHARMACIE BENNOUR  
SARL  
Bloc 25 N°E Sidi Othmane  
Casa - Tél: 05 22 55 33 16

38,00

— DABNER 600 mg

S.V

(دوبلير) ٦٠٠ مجم

163,80

١٦٣,٨٠

PHARMACIE BENNOUR  
SARL  
Bloc 25 N°E Sidi Othmane  
Casa - Tel: 05 22 55 33 16

LOT: 09/22015  
PER: 05/2027  
PPV: 27,00 DH

38,00

\*VIGNETTE

SPASMOMEN® 40mg  
30 comprimés  
PPV 40,80 DH

LOT: 22170 PER: 11/2025  
PPV: 21,00 DH

DULASTAN® 500 mg/2 mg دولاستان

Boîte de 20 comprimés

ملبة من 20 قرصاً

37,00