

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0006124

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2835

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ELTIRARI ASALEM

Date de naissance :

01.01.1952

Adresse :

246. Batisse EL WARA AN Ng Dehna

Tél. :

06.67.51.34.60

Total des frais engagés :

3539,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09.FEV.2023

Nom et prénom du malade :

KOUZI FATIMA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Suivi D2 et HTA + B. cholest

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

DEROUA

Le :

16.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



# 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
09-FEV-2023	C	-	+ 150,00	Dr. Sami MIAZZI Médecin Généraliste N° 189 N° 2 Inscrit à l'Ordre des Médecins DEROUA - Tél : 08 22 51 46 49

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL OUMOUMA 244 Joussemant el wafaa Tél : 08 22 53 20 54 INPE: 062095070	09-2-23	3385,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

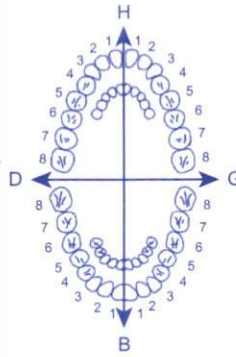
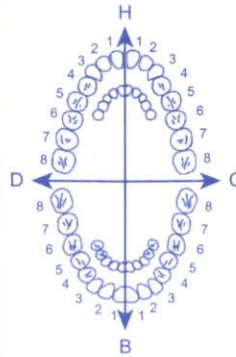
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Sanaa MHARZI**



**الدكتورة سناء امحرزي**

Médecine Générale  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca  
Diplôme Universitaire en Diabétologie  
Diplôme Universitaire de Nutrition  
et Thérapeutiques Métaboliques  
Suivi de Grossesse  
**ECHOGRAPHIE**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
دبلوم جامعي في أمراض السكري  
دبلوم جامعي في التغذية وأمراض الأيض  
متابعة الحمل  
**الفحص بالصدى**

Date : 09 FEB 2023

M<sup>re</sup> Kouzi FATIMA

46.00 Esoc 20 mg 1/5 1/5  
45.00 1 gel 1/5  
39.00 Eflaxin 500 1/5 1/5  
38.00 1/5  
37.00 Catipred 20 1/5 1/5  
36.00 3cp 1/5  
35.00 1/5  
34.00 1/5  
33.00 1/5  
32.00 1/5  
31.00 1/5  
30.00 1/5  
29.00 1/5  
28.00 1/5  
27.00 1/5  
26.00 1/5  
25.00 1/5  
24.00 1/5  
23.00 1/5  
22.00 1/5  
21.00 1/5  
20.00 1/5  
19.00 1/5  
18.00 1/5  
17.00 1/5  
16.00 1/5  
15.00 1/5  
14.00 1/5  
13.00 1/5  
12.00 1/5  
11.00 1/5  
10.00 1/5  
9.00 1/5  
8.00 1/5  
7.00 1/5  
6.00 1/5  
5.00 1/5  
4.00 1/5  
3.00 1/5  
2.00 1/5  
1.00 1/5  
0.00 1/5

عناية ب9 الشيف رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.

Tél. : 05 22 51 46 49



29 Nov 03 14 - 14 3 mois

7 juil 03 2241 le 30 3 mois  
M 25 03 30 54 20 54  
LANTUS Solostar  
Baudellette Glycémie  
3 menus 15 3 mois

PROJET DE LOI  
N° 144  
L'Assemblée nationale  
2003

Dr. Samia MHAJID  
Médecin Généraliste  
B9 N° 105 25 51 46 40

3389,80

PPV : 46DH00  
PER : 01/24  
LOT : 46DH00

46DH

Lot : LOT : 220191  
PPV : EXP : 02/2027  
Exp : PPV : 95,00 DH

PPV: 40DH00  
PER: 12/25  
LOT: L3939

CONCOR AMLO 5mg/5mg, comprimé boîte de 30  
ppv : 84,10 dhs  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohammed Diouri, Casablanca  
AMM N° 50/19/DMP/21/NNP  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103119

LOT : 221864  
EXP : 01/2026  
PPV : 99,00DH

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

CONCOR AMLO 5mg/5mg, comprimé boîte  
ppv : 84,10 dhs  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohammed Diouri, Casablanca  
AMM N° 50/19/DMP/21/NNP  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 103119

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS  
Z-022-52-0296-8  
6 118001 121304

LOT : 2211  
EXP : 09/2  
PPV : 99,0

LOT : 221864  
EXP : 01/2026  
PPV : 99,00DH

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5  
P.P.V. : 744DH00

6 118001 081615

NovoRapid® FlexPen®  
100 U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3 ml  
PPV : 571,00 DHS

6 118001 121304

# Pharmacie AL OUMOUMA - Deroua

ESSOUBI ROUBA

0522532054

244 Lotissement el wafaa, Deroua



Facture N° 43899

Date : 09/02/2023

kouzi fatima

Maroc

## Produit

	Qté.	P.U	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	11	75,00	825,00

Total Organisme

0 DHS

Total Client

825,00 DHS

**Total**

**825,00 DHS**

Arrêté la présente facture à la somme de : huit cent vingt-cinq DHS

Fix : 05.22.53.20.54  
Pharmacie EL OUMOUMA  
244 Lotissement el wafaa  
Deroua



