

# 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° M21- 064812

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10288 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 155085  
 Nom & Prénom : REDDAJI AZIZ  
 Date de naissance : 1973  
 Adresse : Lot 4 HAFATAS  
 Tél. : 066359768 Total des frais engagés : 000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AZMANI N. Rhumatologue  
 193, Boulevard Oum Rashed - Casablanca  
 Date de consultation : 29 MAR. 2023  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : 28/3/2023 Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-64812

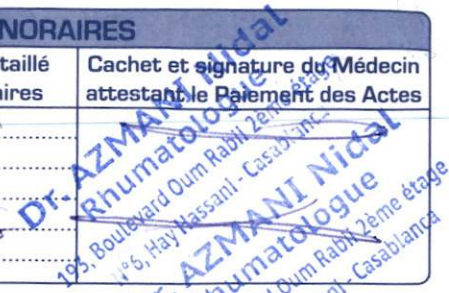
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# 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
28/01/23	OT			
23/03	OT			
20/03				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/03/23

153,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

21/3/23





# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

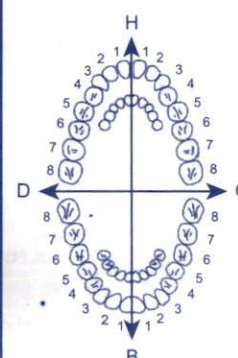
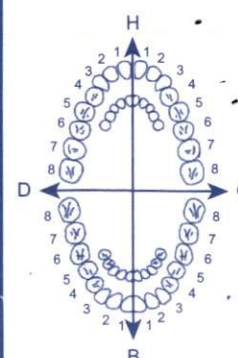
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				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																		
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		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

الدكتورة أزمانى نضال

- Spécialiste des Maladies des os et des Articulations
- Spécialiste en Maladies Rhumatismales
- Diplômée en Pathologies Rachidiennes (Université de Bordeaux-France)
- Osteoporose
- Arthrose
- Echographie Articulaire
- Rhumatologie Interventionnelle
- Biothérapie
- Ancienne médecin au Service de Rhumatologue
- CHU Ibn Rochd



## أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و الروماتيزم

- أخصائية في أمراض الروماتيزم
- حاصلة على دبلوم في أمراض العمودي الفقري (كلية بوردو-فرنسا)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- التدخلات الطبية على المفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

M - Bidani Fly Karl.

281021 2.13

Ministère de la Santé  
et de la Protection Sociale  
Délégation Hay Hassani  
Hôpital Al Haseeni  
Service de Radiologie

**Dr. AZMANI Nidal**  
Rhumatologue  
193, Boulevard Oum Raïf 2ème étage  
N°6, Hay Hassani - Casablanca

📍 193 شارع أم الربيع، الطابق الثاني رقم رقم -6-الألفة - الحي الحسني- الدار البيضاء  
📍 193, Bd. Oum Rabii, 2ème Etage N-6° Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

©+ 212 520 - 344424

@ nidalazmani@gmail.com





## FACTURE EXAMEN

N° Quittance

Code ANAM : 100005651

N° Compte Courant

Facture Examen Numéro : 2 023 / P / 1 264

TRÉSORERIE PROVINCIALE

### Identification

Index Patient : 9 171

N° de Examen : 11 706

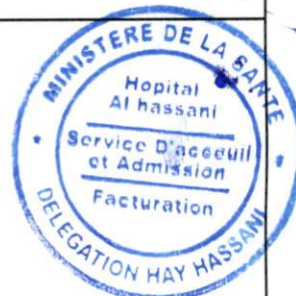
Nom et prénom : EL YAKOUTE BIDOURI

CIN : BK205399

Adresse : SIDI BENNOUR

### Débiteur

PAYANT



### Médecin

### Date

Date de examen : 21/03/2023 11:56:59

Détail	NGAP	Clé	Coef/Séance	Quantité	P.U	Mt. Organisme	Mt. Ligne
RADIOLOGIE STANDARD							
Gril costal ou sternum, ou hemithorax, ou articulation sterno-claviculaire	T163	Z	12,00	1,00	90,00	90,00	90,00
Montant Total:							90,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : QUATRE-VINGT-DIX DHS ET ZÉRO CENTIMES

Montant à payer : 90,00 DHS

21/03/2023 10:57:21

Facture Etablie Par Personnel N° : CHASAN

Signature du responsable :



# Docteur AZMANI Nidal RHUMATOLOGUE

- Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
- Spécialiste en Maladies Rhumatismales
- Diplômée en Pathologies Rachidiennes (Université de Bordeaux - France)
- Osteoporose
- Arthrose
- Echographie Articulaire
- Rhumatologie Interventionnelle
- Biothérapie
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologue CHU Ibn Rochd



**الدكتورة أزمانى نidal**  
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم  
أخصائية في أمراض الروماتيزم  
حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري  
(كلية بوردو - فرنسا)  
هشاشة العظام  
الفحص بالصدى للمفاصل  
التدخلات الطبية على المفاصل  
العلاج بالأدوية البيولوجية  
طبيبة سابقة بالمستشفى  
الجامعي ابن رشد

M. Ely Kouti  
B. de n.

03 1031203

1) Plaquenil 200mg  
51,10 x 3

1 cp - 2 1/2 pch.  
du lundi - Samedi 06 Sem.

1 cp x 1 h  
le dimanche

Dr. AZMANI Nidal  
Rhumatologue  
193, Boulevard Oum Rabii 2ème étage  
Hay Hassani - Casablanca

193 شارع أم الربيع، الطابق الثاني رقم 6 - الألفة - الحي الحسناني، الدار البيضاء  
193, Bd. Oum Rabii, 2ème Etage N°6 - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

+212 520-344424

nidalazmani@gmail.com

LOT: 21E002V  
PER: 08 2024  
PLAQUENIL 200MG  
CP PEL B30  
P.P.V.: 51DH10  
118001082070

LOT: 21E002V  
PER: 08 2024  
PLAQUENIL 200MG  
CP PEL B30  
P.P.V.: 51DH10  
118001082070

LOT: 21E002V  
PER: 08 2024  
PLAQUENIL 200MG  
CP PEL B30  
P.P.V.: 51DH10  
118001082070

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT HAY HASSANI  
HOPITAL AL HASSANI

**Quittance**

Reçu de M. ELYAZOU E BIDOUK

La somme de 150

N° 501481

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
		900
Total		

Cachet du  
Service

Le, 21/3/23

Signature du  
Régisseur