

## 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

M22- 0015254

883

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

883

Société :

1588-735

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Bel Guama Fatma

Date de naissance :

1948

Adresse :

Cité djemaâ Bloc 38 N°5 Casa

Tél. :

06.41.42.27.00

Total des frais engagés :

3094,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMOUZOUN MOSTAFA  
Néphrologue  
Directeur du Centre

Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Belguama Fatma

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

H.T.A., path. cardiovasculaire, etc., E.4 à rep. 5

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
11/04/13	Néphrologie		300,00 DHS	Dr. AMOUZOUN MOSTAFI Néphrologue Directeur du Centre
17/04/13	contrôle		Gratuit	Dr. AMOUZOUN MOSTAFI Néphrologue Directeur du Centre

Cachet du pharmacien	Date	Montant de la Facture
	11/04/23	1333,90
	17/04/23	1460,20

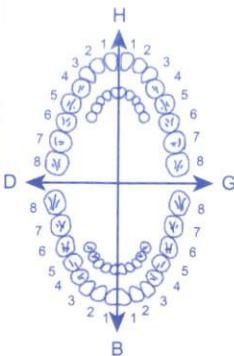
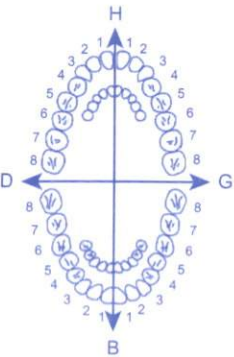
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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 style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                     25533412 00000000                 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                     21433552 00000000                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>D</b> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                     00000000 35533411                 </td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">                     00000000 11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>G</b> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>D</b>		00000000 35533411	00000000 11433553	<b>G</b>		<b>B</b>	
	<b>H</b>															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	<b>D</b>															
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	<b>G</b>															
	<b>B</b>															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





## Ordonnance

Casablanca, Le 11/04/2023

Mme Belgana Fatna

PHARMACIE NAJAT  
Dr. en Pharmacie  
Lot. TISSIM N°71 Médouna  
Tél.: 05 22 51 90 07

6250  
x3

1- Urispas 200g 1 x 1,

10970  
x3

2- Cartiflo OD 04g 1 x 1,

8180  
x2

3- Floxan 500g 1 x 2,

3050

4- Imedium 2g 1 x 2,

9080

5- Astaph 500g 3 x 3,

2220  
x2

6- Cadoliprane 1 x 2,

8000  
x6

7- Bionime bandelettes 1 B x 2,

total 333,90

Dr. AMOUZOUN MOSTAFA  
Nephrologue  
Directeur du Centre

1333,90



LOT 221392 1  
EXP 05 2025  
PPV 62.50

LOT 220980 1  
EXP 04 2025  
PPV 62.50

LOT 222712 1  
EXP 08 2025  
PPV 62.50

**CONTIFLO<sup>®</sup> 1D**

PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**



**CONTIFLO<sup>®</sup> 1D**

PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**



**CONTIFLO<sup>®</sup> 1D**

PPV: 109DH70

30 gélules  
à libération prolongée  
Voie orale  
**0.4 mg**



PPV 85DH80  
LOT 26028 1  
EXP 08/2024

**FLOXAM<sup>®</sup>**  
Flucloxacilline

**500 mg**  
16 gélules Voie orale

PPV 85DH80  
LOT 26028 1  
EXP 08/2024

**FLOXAM<sup>®</sup>**  
Flucloxacilline

**500 mg**  
16 gélules Voie orale

LOT : 22E008  
PER : 03 2027

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V : 30DH50



99,80

PPV 22DH20  
PER 05/24  
LOT L1679



PPV: 22DH20  
PER: 05/24  
LOT: L1679





001012440000078

Le 11/04/2023

in BELGONA FATNA

**PHARMACIE NAJAT**  
Dr. en Pharmacie  
Lot. TISSIR N°1 Mediouna  
Tél.: 05 22 51 90 07

## FACTURE N° 19

Quantité	Désignations	Prix unitaire	Montant
6	Bicoline fondelth	80,00	480,00

PHARMACIE NAJAT  
Dr. en Pharmacie  
Lot. TISSIR N°1 Mediouna  
Tél: 05 22 51 90 07





## Ordonnance

Casablanca, Le 17/04/2023

Grme Belguana Fatma

142,70 x3

1) Couvensyl 10mg 1x1,

34,60 x4

2) Lasilex 40mg 1x2,

24,40 x7

3) Levothyrox 100mg 1x1,

58,10 x1

4) Cardensiel 5mg 1x2,

51,60 x3

5) Tandyferon B9 1x1,

57,80 x3

6) LD-Nor 10mg 1x1,

30,70 x1

7) Cardegic 75mg 1x1,

31,70 x3

8) Egloric 200mg 1x1,

21,00 x2

9) Febrex 1x2,

170,00 x1

10) ofloxt 200mg 1x2, en ofiller, 2003

146,00

PHARMACIE NAJAT  
Dr. en Pharmacie  
111, TISSIER N°71 Mediouna  
Tél.: 05 22 51 90 07

Dr. AMOUZOUN MOSTEZA

Dr. AMOUZOUN MOSTEZA

Néphrologue



LOT 222185  
EXP 06 2026  
PPV 31.30



LOT 221348  
EXP 05 2026  
PPV 31.30



LOT 222631  
EXP 08 2026  
PPV 31.30



PHARMED LOT : 2695  
UT.AV : 02-26  
PPV : 21DH00

PHARMED LOT : 2100  
PER : 08-25  
PPV : 20DH00

LOT 230584  
EXP 01 25  
PPV 170.00 DH



142120

142120

142120

LOT : 22E004  
PER: 01/2026LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E011  
PER: 06/2026LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E010  
PER: 04/2026LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E011  
PER: 06/2026LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468



Cardesiel® 5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 58,10 DH

LOT : 22E008  
PER: 09/2024KARDECIC 75MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 100620

TARDYFERON B9  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mgDistribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mgDistribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9  
30 comprimés pelliculés  
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mgDistribué par Cooper Pharma  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable  
PPV : 51.60 DH

322084

LOT : 230051  
EXP : 01/2026  
PPV : 57,80DHLOT : 221192  
EXP : 09/2025  
PPV : 57,80DHLOT : 220578  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80 DH