

# 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.

MQ  
RP  
Médical

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAJIANE KHADJA

Date de naissance : 10/08/1960

Adresse : Rue de l'oued Sebou 37ème de l'avenue quartier

de l'importance Casablanca

Tél. : 0661.09.33.61 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr ARAFA Sakina

Spécialité Générale Echographie

Médecin de travail

Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65

Tél : 022 91 12 77 / INP : 091011973

ICE : 00210345000043

Cachet du médecin : 14/03/2023

Date de consultation : 14/03/2023

Nom et prénom du malade : NAZARENE KHADJA

Age : 58

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie + Apathie Respiratoire

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) : ..... / .....

### RELEVE 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
1/1/2023	1/1/2023	1/1/2023	1 = 200,00	<p>Sakina nie</p> <p>Meilleur Laboratoire d'echographie</p> <p>165</p> <p>Maroc, Centre de travail</p> <p>BIKOU, 1000 Selou, Rue 124 n°6973</p> <p>Tel: 021 114 07 73 - 021 114 07 73</p> <p>ICE: 00210345000043</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE	17/03/23	88530

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Médecine Générale

Diplômée en Echographie  
par l'Université Hassan II

Médecine de travail

ICE : 00210345000043

Casablanca, le : ..... ١٤.٠٣.٢٠٢٣ ..... الدار البيضاء، في :

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى  
من جامعة الحسن الثاني  
طب الشغل

INP : 091011973



MAZIANE KHADJA.

1) Oxiflor 200 mg ١٤٧ x ٢١ ت  $\rightarrow$  x ٥١

2) Alyzall 5 mg ١٤٧ x ١٢ ت  $\rightarrow$  x ١٦

3) Tahor 200 mg ١٤٧ x ١٢ ت  $\rightarrow$  x ٥١

4) Diastofmine 8 mg ١٤٧ x ١٢ ت  $\rightarrow$  x ٥١

5) Amoxicilline 500 mg ١٤٧ x ١٢ ت  $\rightarrow$  x ٥١

Dr. Arafa Alaoui Sakina  
Médecin de travail  
Bd. Oued Sebou, Rue 174 N° 65  
Tél : 05 22 91 12 77 / INP : 091011973  
ICE : 00210345000043  
Médicalisez votre travail

5) Bandelettes par

95,0000

570,00

Glucomètre x 3ans

8853

Dr ARAFA Sakina  
Médecine Générale Echographie  
Médecin de travail  
Bd. Oued Sebou, Rue 174 n°65  
Tél : 022 81 12 77 / INP : 0910111973  
ICP : 00210345000043



Diaformine® 850 mg  
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118 000 041276

PPV 11/2024  
PER 04/2024  
LOT 201088

LOT 201088  
EXP 04 2024

PPV 90 50



TAHOR® 20mg  
28 comprimés pelliculés

6 118 000 250807

TAHOR® 20mg  
28 comprimés pelliculés

6 118 000 250807

UT. AV. : 06 2025  
P.P.V 103 4  
LOT N°: G J 7 7 4 7

UT. AV. : 02 2025  
P.P.V 103 40  
LOT N°: F Y 4 4 8 5

# pharmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salonique ( Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20230329-243

Date de vente : 17/03/2023

Médecin traitant :

MAZIANE KHADIJA

CASABLANCA, Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	6	95,00	TVA (20.00%)	570,00

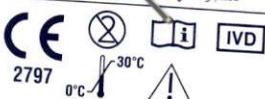
Total HT	475,00 DHS
TVA	95,00 DHS
<b>Total</b>	<b>570,00 DHS</b>

Arrête la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-dix DHS

## Contour™ plus

كونتور بلص / كنكور بلص  
Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شرائط اختبار جلوكوز الدم  
بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



5 016003 763502

## Contour™ plus

كونتور بلص / كنكور بلص  
Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شرائط اختبار جلوكوز الدم  
بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی

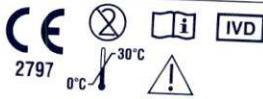


5 016003 763502

## Contour™ plus

كونتور بلص / كنكور بلص  
Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شرائط اختبار جلوكوز الدم  
بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



## Contour™ plus

كونتور بلص / كنكور بلص  
Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شرائط اختبار جلوكوز الدم  
بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



5 016003 763502

## Contour™ plus

كونتور بلص / كنكور بلص  
Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شرائط اختبار جلوكوز الدم  
بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



5 016003 763502

## Contour™ plus

كونتور بلص / كنكور بلص  
Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie  
شرائط اختبار جلوكوز الدم  
بواهی تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance  
للاختبار الذاتي • جهت خود باشی



5 016003 763502