

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

- 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- 0014350

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1771 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUTARAJI AHMED

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Village deroua BLOC A N° 24 DEROUA

Tél. 0666031361 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2023

Nom et prénom du malade : ELMOUTARAJI Ahmed Age : 74

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : souffrance sept chre

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 : 04/07/2023

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
03/07/2023				<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	03/07/23	1055,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
03/07/2023	03/07/23	800	600

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>[Signature]</i>	03/07/23					2000,00

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

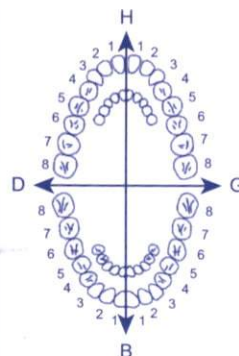
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

2180 x2

4/ X the 200
Iselji

49.60 x3

5/

Dareup Bot
Lamp Bu/8



LOT 21L132 T
EXP 12 2024
PPV 21.80 DH

LOT 21L132 T
EXP 12 2024
PPV 21.80 DH



Lot N° : 008T023B
FAB : 02-2023
EXP : 02-2026
PPV:42DH20

Lot N° : 008R154A
FAB : 10/2021
EXP : 11/2024
PPV : 45DH30

Handwritten signature

PPV 49.60 / 09/2023

Handwritten signature

PPV:49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

PPV:49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

PPV:49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
Bloc UN N°1 Daroua
Tél: 05 22 53 20 83

Dr. Tahar Boudia
Anesthésie - Réanimation
Clinique des Spécialités
14, Pte Omar Sbaoui - Casablanca
Tél: 05 22 27 52 50 - NPE: 05 22 53 28 37

SYNTHEMEDIC
22 rue souheir bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12ug par dose Pdm pnh
Flacon de 60 doses
105N4 DMP/21ARQ du P.V.: 297,000
6 118001 020935

PPV 79DH
PER 03/26
LOT M617

PPV 79DH70
PER 03/26
LOT M616

PPV 79DH70
PER 03/26
LOT M617

PPV 79DH70
PER 03/26
LOT M183

PPV 79DH70
PER 03/26
LOT M616



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur : Casablanca, le : 23/07/23

M^r el Moutarezi
Ahmed

79.70 x 6

Azi x 500
10P 2F / 8m 1/2m

797.00

2/ Sym Brant leu
Izelli

45.30
42.40
3/

2 Bule leu

14, Rue Omar Slaoui
Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 -
E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur : Casablanca, le : 03/07/2023

Dr. Haffouzi
Ahmed

↳ oxygène 5 l/min
à l'inspiration

Debut 3 l/min

NB 1 l/min l/h/j



DR. TAJRI
Anesthésie - Réanimation
Clinique des Princes
14, Rue Omar Slaoui - Casablanca
Tél: 0522 27 52 50 - INPE: 091132227

RDV

2/08/2023

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur :

Casablanca, le :

03/07/2023

M^r el Moutouze Ahmed

- gazette fraîche Ce jour

pH: 7.14

P_aCO₂: 30 mmHg

P_aO₂: 55 mmHg

Dr. TAIRI Med

Anesthésie - Réanimation

Clinique des Princes

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél: 0522 27 52 50 - INPE: 091132837

↳ souffre respiratoire chronique

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



CLINIQUE DES PRINCES

REÇU

Je soussigné Docteur avoir

reçu de la CLINIQUE DES PRINCES

la somme de

en règlement de mes honoraires relatifs aux soins donnés à Mr/Mme :

Mode de Paiement

Casablanca le : 03/07/2023 (cachet et signature)

Docteur :

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: (0522) 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax : (0522) 27 61 32

www.cliniquedesprinces@menara.ma



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur : Casablanca, le 03/07/2013

H^r el Mostaragi Abul

gentil

Dr. TAIB
Anesthésie - Réanimation
Clinique des Princes
14, Rue Omar Slaoui - Casablanca
Tél: 0522 27 52 50 - 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32
E-mail: cliniquelesprinces@gmail.com

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com



CLINIQUE DES PRINCES

Docteur :

Casablanca, le : 03/07/2013

M^r El Hachemi Ahmed

Spécialiste de l'ORL

Coopérateur - Béné

Caractéristiques

Prise en charge des TB

Dr. El Hachemi
Anesthésie - Réanimation
Clinique des Princes
14, Rue Omar Slaoui - Casablanca
Tél: 0522 27 52 50 - INPE: 00112/2013

Merci à votre
équipe

14, Rue Omar Slaoui - Casablanca

Tél.: 0522 27 52 50 / 0600 04 40 58 - Fax: 0522 27 61 32

E-mail : cliniquelesprinces@gmail.com

**DISTAMED SANTE**

28, Rue Languedoc Quartier des Hôpitaux,
CASABLANCA
Maroc

MR EL MOUTARAJI AHMED

Ordre:
20230968

Date d'expédition:
03/07/2023 13:24:58

	erie	Quantité
[L-10L] LOCATION CONCENTRATEUR D'OXYGENE 10L OXYLIFE (1 MOIS)		2,00 Unité(s)
[60012-A] LUNETTE A OX2 PVC+TUYAU 2M ADULTE	210437	2,00 Unité(s)
[MHC] MASQUE A HAUTE CONCENTRATION	FY2010008	1,00 Unité(s)



@contact@distamed.ma <http://www.distamed.ma>

RC: 528203 - IF: 51674556 ICE: 002980163000009- TEL: 0522 29.46.15 - FAX: 0522 26 22 46

RIB 007 780 0001155000001763 57

Page: 1 sur 1



DISTAMED
Sante.

DISTAMED SANTE

28, Rue Languedoc Quartier des Hôpitaux,

CASABLANCA

Maroc

MR EL MOUTARAJI AHMED

ICE:.

Facture FAC/2023/07/0001

Date de la facture :

03/07/2023

Date d'échéance :

03/07/2023

Origine :

20230968

Description	Quantité	Prix		Montant
		unitaire	Taxes	
LOCATION CONCENTRATEUR D'OXYGENE 10L OXYLIFE (1 MOIS)	2,00 Unité(s)	1 000,00	TVA 20% VENTES	1 666,67 DH
LUNETTE A OX2 PVC+TUYAU 2M ADULTE	2,00 Unité(s)	0,00	TVA 20% VENTES	0,00 DH
MASQUE A HAUTE CONCENTRATION	1,00 Unité(s)	0,00	TVA 20% VENTES	0,00 DH

Sous-total 1 666,67 DH

TVA 20% 333,33 DH

Total 2 000,00 DH

Merci d'utiliser la communication suivante pour votre paiement: FAC/2023/07/0001

DU 03/7/2023 AU 03/09/2023

Arrêter la facture à la somme de: Deux Mille Dirham



@ contact@distamed.ma http://www.distamed.ma

RC: 528203 - IF: 51674556 ICE: 002980163000009- TEL: 0522 29.46.15 - FAX: 0522 26 22 46

RIB 007 780 0001155000001763 57

Page: 1 sur 1