

## 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-424217 **179303**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6025** Société : **R/PN**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : **Toumi Bouchara Ibn AKKAR**  
 Date de naissance : **15/12/1961**  
 Adresse : **Propriété de l'Etat Km 21 Echellalala**  
 Tél. : **06 61 19 86 21** Total des frais engagés : **1986,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Lamia Bouazzaoui**  
**Rhumatologue**  
 Rue Ashi, Résidence "SMA" Apt. 1  
 Mohammed VI, 20000

Date de consultation : **26/01/2023**  
 Nom et prénom du malade : **Toumi Bouchara** Age :  
 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 : 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
26/09/2013	Prothèse		300,00 + 409,00	INP : 08070130

# EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26/09/2013	1785,00	101120

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				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 00000000 G 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

Dr Lamia Bouazzaoui

RHUMATOLOGUE

Médecin Spécialiste des Maladies des Os  
des Articulations de la Colonne Vertébrale  
et des Maladies Rhumatismales  
Echographie Ostéo-articulaire



الدكتورة لمياء بوعزاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام  
والمفاصل وأمراض الروماتيزم  
الفحص بالصدى

Mohammedia, le 26/9/2023 Toumi  
Bouche

75,00

20 x 4 m S.V.

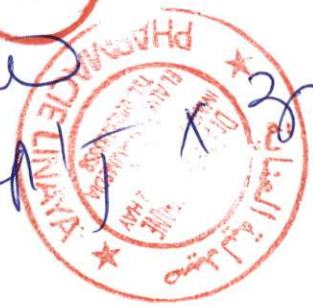
romel

24/7 x 7/7

3 x 188,00

Proli S.V.

24/7 x 7/7



268,00

Arw S.V.

24/7 x 7/7

99,00

24/7 x 7/7 S.V.

14/7

Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,

شارع اسفي اقامة اسماعيل - الشقة 5

Appartement 5 - Mohammédia - Tél.: 0523 32 77 85 - الهاتف: 0523 32 77 85

البريد الإلكتروني: lamia.bouazzaoui@gmail.com - Email: المستعجلات: 0677 83 20 85 - Urgences:



Acccepté



accpté

2x89,50

D3 NORM



15 x 20

1185,00

Dr Lamia Bouazzaoui  
Rhumatologue  
131K: Asfi, Biscailone (SMAIL April 5  
Mouammach, Tel : 05 23 32 77 85



**D3 NORM®**  
200 UI GOUTTES BUVALES



Exp. date : 23038  
01/25  
25,00

PPC (DH) :

Lot: 230553  
A consommer avant le: 06/2026  
PPC : 89,50 DH

2x200

**PIASCLELINE® 300MG**  
Boite de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



LOT 220290  
EXP 09/2024  
PPV 99,00DH

**PIASCLELINE® 300MG**  
Boite de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



**PIASCLELINE® 300MG**  
Boite de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



## Note D'honoraire

INPE 091170530

Mohammedia : 26/09/2023

NOM : TOUMI

PRENOM : BOUCHRA

DATE	LIBELLE	MONTANT
26/09/2023	PONCTION GENOU GAUCHE	400.00
TOTAL	400.00	

CACHET

Dr Fania Bouazzaoui  
Rhumatologue  
Ete. A. H. Residence: ISMAIL APPEL  
Mohammedia, Tel : 05 28 32 11 43

**Dr Lamia Bouazzaoui**

**RHUMATOLOGUE**

Médecin Spécialiste des Maladies des Os  
des Articulations de la Colonne Vertébrale  
et des Maladies Rhumatismales  
Echographie Ostéo-articulaire



**الدكتورة ليلى بوعزاوي**

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام

والمفاصل وأمراض الروماتيزم

الفحص بالصدى

Mohammedia, le 6/10/2025



Toumi  
Bouche

2x Placée B fort

50,60

2x 21

2x 21

101,20

Lamia Bouazzaoui  
Rhumatologue  
Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,  
Appartement 5 - Mohammedia - Tél.: 0523 32 77 85

Rue ASFI - Résidence ISMAIL, 1er étage,

شارع اسفي اقامة اسماعيل - الشقة 5

Appartement 5 - Mohammedia - Tél.: 0523 32 77 85

البريد الإلكتروني: lamia.bouazzaoui@gmail.com - Email: المستعجلات: 0677 83 20 85 - Urgences:

PPV 50.60DH  
LOT L9919 PER 07/26

PPV

LOT

PER

30/60