

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0050929

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01916 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZINAOU AHMED
Date de naissance : 01-01-1955
Adresse : LOT. Wafa N°143 DEROUA
Tél. 0600363993 Total des frais engagés : 2589,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2023
Nom et prénom du malade : Mr ZINAOU AHMED Age : 68
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection néphrologique
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 : 06/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/12/2023	CS		300,00	Dr. Zainab EL BOUZZAOUI Médecin Directrice ICE: 001684899000045 Tél: 05 22 32 84 31 INPE: 060062185

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE EL OUMOUH
244 lotissement El wadi
Deroua
Fix: 05 22 52 22 22

04-12-2023 2289,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

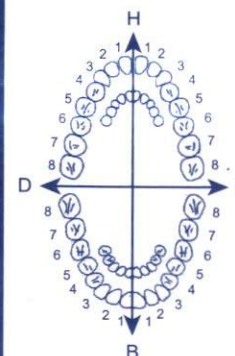
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

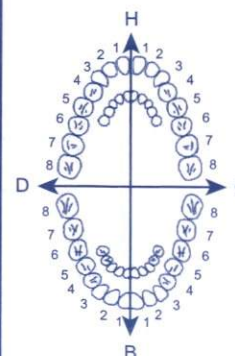
FIN D'EXECUTION

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

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI

Dr. Mahfoud GOUNAJAR

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertension artérielle,

Dialyse, Transplantation rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي

الدكتور محفوظ غونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le :

04/12/2023

BA Aou Ahmed

Traitement
107, 70 x 3

CAERT 1000

34, 60 x 5 2cp/s

LABIXIA 40mg

207, 00 x 3

TRIADEC 10mg

154, 10 x 3

ROSIVA 2cp/s

50, 70 x 2

CARDANSIEL 2cp/s

4N-AZFA 1-

Lot : 22011

Per : 12/24

PPV : 154 DH 10

PPV : 154 DH 10

PPV : 154 DH 10



Cardansiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV : 50,70 DHS



Cardansiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV : 50,70 DHS

05 22 32 50 17 : الفاكس - 05 22 32 84 31

25, Lot Chabab - Berrechid (en face Mar

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com - N° Urgence: 06-13-232-420

21,30x5
Aspegic 100mg

60,00x3 1 sachet /
FERPLEX amp (1 mois)

80,00x4 1 amp / milieu repas
Bionim bandellets

2289,80
PHARMACIE EL OUMOU
244 lotissement el wadi
Deraoua
Fix : 05.22.53.20.57

CENTRE D'HEMODIALYSE
Dr. Zainab
EL BOUAZZAOU
Medecin Directeur
ICE: 00168489900048
Tel: 05 22 32 84 31
INPE: 060062189
25, Lot. Cha

FERPLEX 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boite de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs
6 118001 440016

x3 ced

LOT: 23E001
PER: 06 2024
ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V.: 210DH80
6 118000 061113

x5 ced

LOT: 23E007
PER: 06 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 340DH60
6 118000 060488

x5 ced

INPE: 0611728

x3 ced

x3 ced

6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 86 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

20710

M. ZINADOU AHMEI

INPE:062095070

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Dergua
Fix: 05 22 53 20 54

Le 04/12/2015

Facture N° 36

Quantité	Désignation	Prix	Montant
4	Bismine / B 2	80,00	320,00
			320,00

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa
Dergua
Fix: 05 22 53 20 54

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2025-06-28

LOT

212371403



GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (1 vial of 25)



Golden Electrode strip
(Smart Code Key included)

RIGHTEST™ GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use

For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and 10 - 90% RH
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300/GM110**

101-2GS300-1Q2
EN

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2025-06-28

LOT

212371403



GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (1 vial of 25)



Golden Electrode strip
(Smart Code Key included)

RIGHTEST™ GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use

For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and 10 - 90% RH
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300/GM110**

101-2GS300-1Q2
EN

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2025-06-28

LOT

212371403



GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (1 vial of 25)



Golden Electrode strip
(Smart Code Key included)

RIGHTEST™ GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use

For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and 10 - 90% RH
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300/GM110**

101-2GS300-1Q2
EN

BIONIME

Blood Glucose Test Strip



2025-06-28

LOT

212371403



GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

25 PCS (1 vial of 25)



Golden Electrode strip
(Smart Code Key included)

RIGHTEST™ GS300

BIONIME

Blood Glucose Test Strip

For *in vitro* diagnostic use

For self-testing and professional use

- Store at temperature 4 - 30°C (39 - 86°F) and 10 - 90% RH
- Do not freeze
- Read package insert before using
- Use within 3 months of opening strip vial
- Do not use if expiration date has passed
- Do not use if seals are broken
- Discard test strip properly after single use



Use with **RIGHTEST™ GM300/GM110**

101-2GS300-1Q2
EN