

# 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hi-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-009823 204699

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AQUAD KHANID

Date de naissance : 14-10-1937

Adresse :

Tél. : 0654 430668 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age:.....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : Casablanca Le : ...../...../.....

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

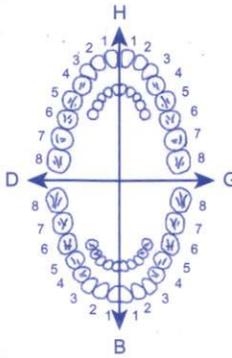
### AUXILIAIRES MEDICAUX

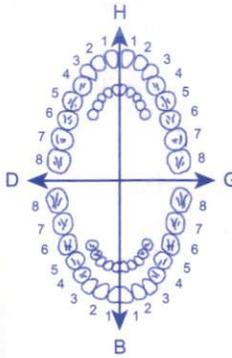
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**  
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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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



**Partie réservée au praticien traitant**

Nom et Prénom du malade : M. EL HABZI Chadia  
 Date de naissance : 12.03.1972  
 Nature de la maladie : aff. rhumatismale  
 En cas d'accident : .....  
 (préciser causes et circonstances).....

**Nature des prestations**

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	17/02/24	CR	Oui	6	
	22/02/24	CR	Oui	350DH	
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	19/02/24	B358		496	

**Pharmacie**

Factures	
Date	Montant
22/02/24	526,50

**Signature & cachet**

**Recommandations importantes**

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
  - La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
  - Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M. concernant les médicaments.
  - Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
  - En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
  - Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
  - Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant code des assurances.
- ➔ **Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.**

ICE 002527183000030

INPE :



093002285

Casablanca le 19 février 2024

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA

FACTURE N°		37922	
Analyses :			
Glycémie à jeûn 086 -----	B	30	Total : B 350
Hb glyquée94 -----	B	100	
Acide urique99 -----	B	30	
Cholestérol total104 -----	B	30	
Cholestérol HDL106 -----	B	50	
Cholestérol LDL107 -----	B	50	
Triglycérides108 -----	B	60	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			494,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Quatre vingt Quatorze Dirhams

 **LABORATOIRE GALILÉE D'ANALYSES MÉDICALES 01**  
29, Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)  
Angle Moussa Ibnou Noussair - Gauthier  
Tél. : 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30  
Fax : 05 22 29 79 31 - 20060 Casablanca

# DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations  
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux

Médecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny

CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

# الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

6 شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 : 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

Casablanca la 17/02/2024 في الدار البيضاء

Dr. Amina Benzakour  
Rhumatologue  
6, Avenue Houphouët Boigny  
Casablanca

close to HM LM

elye je

Hb sy

univ

LABORATOIRE GÉNÉRAL D'ANALYSES MÉDICALES 01  
29, Rue Taha Houcine (Ex-Galiée)  
Angle Moussa Ibnou Nousseir - Galdjor  
Tél. : 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 24 79 20  
Fax : 05 22 29 79 31 - 20060 Casablanca

Dr. A. Benzakour  
RHUMATOLOGUE  
6, Bd. F. Houphouët Boigny  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 27 30 28 / 05 22 27 45 35

PIASCLEDINE® 300 mg, gélule  
Insaponifiables d'avocat et de soja

**Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

Vous devez toujours prendre ce médicament en suivant scrupuleusement les informations fournies

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.  
Description des effets indésirables  
Comme tous les médicaments, Voltarène Emulgel Topique 1%, gel est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

**4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?**

En cas de surdosage ou d'intoxication accidentelle, prévenir immédiatement un médecin.

**Symptômes et instructions en cas de surdosage**  
Si vous avez utilisé plus de Voltarène Emulgel Topique 1%, gel que vous n'auriez dû :

Mode d'administration  
Voie locale.  
Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.  
Bien se laver les mains après chaque utilisation, sauf en cas d'application par vous-même dans le cadre d'une arthrose douloureuse des doigts.

**Durée de traitement**  
En l'absence de prescription médicale, le traitement est limité à 5 jours.

**Mode d'administration**  
Voie locale.  
Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé sur la région douloureuse ou inflammatoire.  
Bien se laver les mains après chaque utilisation, sauf en cas d'application par vous-même dans le cadre d'une arthrose douloureuse des doigts.

**Durée de traitement**  
En l'absence de prescription médicale, le traitement est limité à 5 jours.

Si vous avez pris plus de PIASCLEDINE 300 mg que vous n'auriez dû

Les surdosages de PIASCLEDINE peuvent provoquer ou exacerber des troubles gastro-intestinaux et/ou hépatiques. Si vous avez pris une dose de PIASCLEDINE supérieure à la dose recommandée, consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.

Si vous oubliez de prendre PIASCLEDINE 300 mg

**Indications thérapeutiques**  
Ce médicament est préconisé chez l'adulte dans les tendinites des membres supérieurs et inférieurs (inflammation des tendons des muscles), dans les œdèmes après une opération ou après un traumatisme (entorse, contusion) et dans le soulagement de la douleur de l'arthrose des doigts et des genoux.

**Classe pharmacothérapeutique**  
Ce médicament est un anti-inflammatoire et un antalgique (il calme la douleur), sous forme de gel pour application sur la peau, uniquement au niveau de la région douloureuse.

**DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?**

1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?  
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?  
3. COMMENT UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?  
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?  
5. COMMENT CONSERVER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?  
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

**Dans cette notice :**  
1. QU'EST-CE QUE VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?  
2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS À CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?  
3. COMMENT UTILISER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?  
4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?  
5. COMMENT CONSERVER VOLTARÈNE EMULGEL TOPIQUE 1%, gel ?  
6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

**Veillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.**  
• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la lire à nouveau.  
• Si vous avez d'autres questions, adressez-vous à votre médecin ou votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez à personne d'autre. Il pourrait leur être nocif, même si elle présente les mêmes symptômes que vous.

**Voltarène 1%**  
Emulgel Topique



Complément alimentaire à base de vitamine D3  
d'origine naturelle extrait de la lanoline

VITAL D3®



# DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations  
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux  
Médecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny  
CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

# الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلقة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

6 شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

Casablanca la

22/02/24

LOT M0724  
EXP 02 2026  
PPV 56.10 DH

9m 20 Hozgi  
56.10

1) Colbure en gel

1 = W  
M9.0

2) Uthal D3 gel

4 gel /  
175,70 x 2 l

3) Piroclisim 300 f

526,50 1 gel /  
x 2 l



VITALIS  
LOT: 121811  
EXP: 03/2026  
PPC: 119.00 DH

INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOLIA

PPV : 175.70 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

PPV : 175.70 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA



Docteur ZAGHLOUL Souad  
 Epouse EL BOUHMADE  
 Pharmacien Biologiste  
 Ex-Attaché des Hôpitaux et de  
 l'Institut d'Hématologie de Montpellier

C.E.S. Bactériologie - Virologie  
 C.E.S. Hématologie  
 C.E.S. Immunologie Générale  
 C.E.S. Parasitologie - Mycologie  
 C.E.S. Pathologie Médicale

Dossier ouvert le : 19/02/24  
 Prélèvement effectué à 10:01  
 Edition du : 19/02/24



093002285

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA  
 AMINA BENZAKOUR  
 Réf : 24B281  
 INPE : 093002285

Page : 1/2

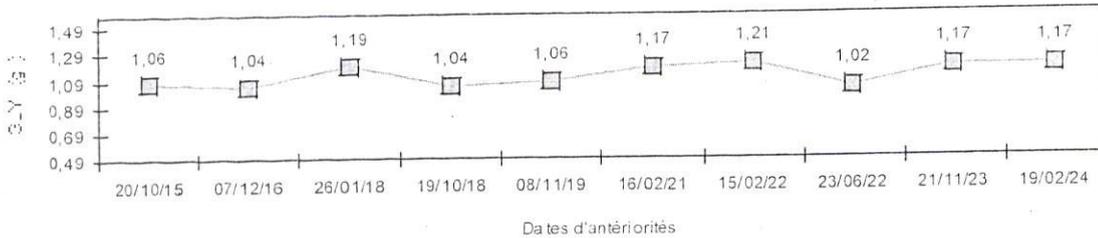
Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE A JEUN

: 1,17 \* g/l  
 Soit : 6,5 mmol/l

Normales : 0,7 - 1,1  
 Antériorités : 21/11/2023 : 1,17  
 6,5

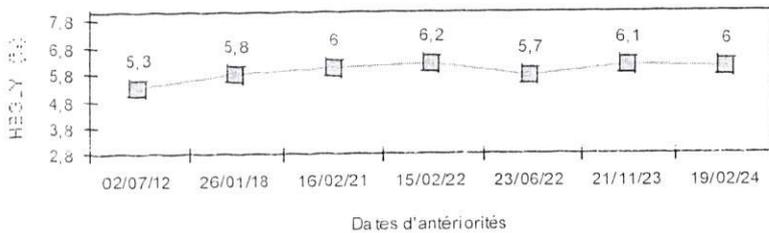


HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HbA1C)

Chromatographie liquide haute pression (H.P.L.C)

Résultat : 6,00 %

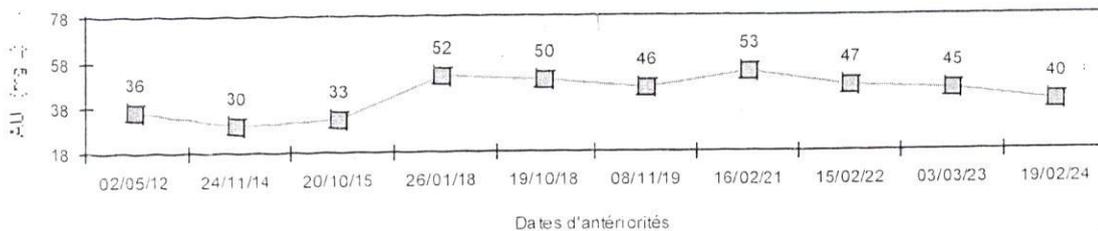
Normales : 4 - 6  
 Antériorités : 6,10



ACIDE URIQUE SANGUIN

: 40 mg/L  
 Soit : 238 µmol/l

Normales : 25 - 60  
 Antériorités : 03/03/2023 : 45  
 268





Docteur ZAGHLOUL Souad  
 Epouse EL BOUHADI  
 Pharmacien Biologiste  
 Ex-Attaché des Hôpitaux et de  
 l'Institut d'Hématologie de Montpellier

C.E.S. Bactériologie - Virologie  
 C.E.S. Hématologie  
 C.E.S. Immunologie Générale  
 C.E.S. Parasitologie - Mycologie  
 C.E.S. Pathologie Médicale

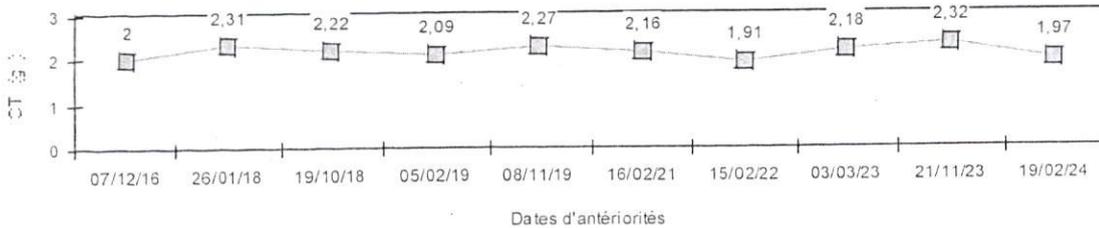
Dossier ouvert le : 19/02/24  
 Prélèvement effectué à 10:01  
 Edition du : 19/02/24



Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA  
 AMINA BENZAKOUR  
 Réf : 24B281  
 INPE : 093002285

Compte Rendu d'Analyses

	Normales	Antériorités
<b>CHOLESTEROL TOTAL</b>		<u>21/11/2023</u>
: 1,97 g/l	< 2	2,32
Soit : 5,08 mmol/l	< 5,15	5,98

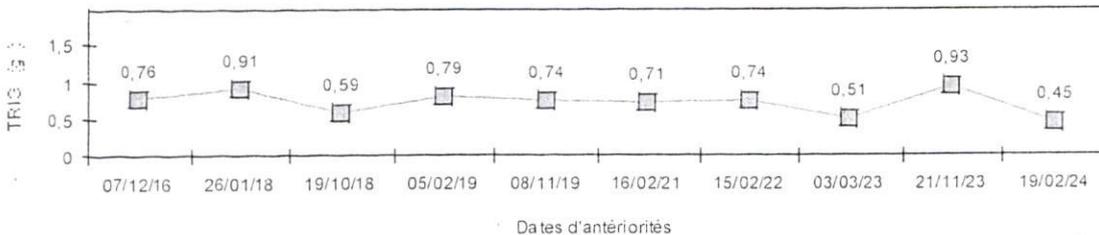


<b>CHOLESTEROL HDL</b>	: 0,66 g/l	> 0,35	0,71
Soit : 1,7 mmol/l		> 0,9	1,83
<b>CHOLESTEROL LDL</b>	: 1,22 g/l		1,42
Soit : 3,14 mmol/l			3,66

- LDL < 2,2 g/l (5,7 mmol/l) : Absence de facteurs de risque
- LDL < 1,9 g/l (4,9 mmol/l) : Présence d'un facteur de risque
- LDL < 1,6 g/l (4,1 mmol/l) : Présence de deux facteurs de risque
- LDL < 1,3 g/l (3,4 mmol/l) : Présence de trois facteurs de risque
- LDL < 1,0 g/l (2,6 mmol/l) : Présence d'antécédent de maladie cardiovasculaire

Selon l'AFSSAPS, les facteurs de risque sont : l'âge, antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, tabagisme, HTA, diabète de type 2 et HDL < 0,40 g/l.

<b>TRIGLYCERIDES</b>	: 0,45 g/l	< 1,5	0,93
Soit : 0,51 mmol/l		< 1,71	1,06



LABORATOIRE GALILEE D'ANALYSES MEDICALES 01  
 29, Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)  
 Angle/Moussa Ibnou Noussair - Gauthier  
 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30  
 Casablanca

## FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

<b>Employeur:</b>	BPEC	<b>Mode Paiement:</b>	Virement compte assuré
<b>Assuré:</b>	EL HABZI CHADIA	<b>Référence:</b>	2047313
<b>N° Affiliation:</b>	0040208000 7	<b>Date réception Lot:</b>	04/03/2024
<b>Personne soigné:</b>	EL HABZI CHADIA	<b>N° externe:</b>	
<b>N° sinistre:</b>	2403031930	<b>Date survenance:</b>	22/02/2024
<b>Nature de la maladie:</b>		<b>Date ouverture:</b>	05/03/2024
		<b>Date règlement:</b>	02/04/2024

Famille prestation	Coef. Présenté	Coef. Remb	Frais Engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de remboursement
1. Analyse	350	494	494,00	469,00	80,00	375,20
2. Consultation			350,00	300,00	80,00	240,00
3. Pharmacie			119,00	0,00	80,00	0,00
4. Pharmacie			407,50	407,50	80,00	326,00
<b>TOTAL</b>			<b>1370.5</b>	<b>1 176,50</b>		<b>941,20</b>

1.1 Règlement effectué conformément à la Nomenclature des Actes Professionnels (.....)  
2.1 Règlement effectué conformément à la Nomenclature des Actes Professionnels (.....)  
3.1 VIT D3 NR