

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-557995

48574

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AYKOUTI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Chaymae ELOUAZ  
Omnipraticienne, Echographie  
Résidence Ibn Khaldoun F. 32  
App. N°2

Date de consultation : 29/09/2020

Nom et prénom du malade : Mr YAKOUTY Abdelmajid Age :

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

Nature de la maladie : cystite aiguë - hypercholestérol

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 Médail attestant le Paiement des Actes
20/09/20	Endu	120 Dlt		Dr. Chayma EL OUALI N° 120 Dlt Résidence Ibn Khaldoun App. N°2 Tél: 0522 32 48 12

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KAMILI Bouchaib Pharmacie Ouled Bou 124, Bd. Mohamed V, Berrechid Tél: 0522 33 73 51 INPE: 062047295	20/09/20	770,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

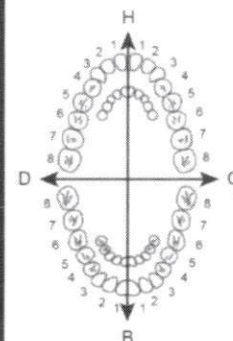
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

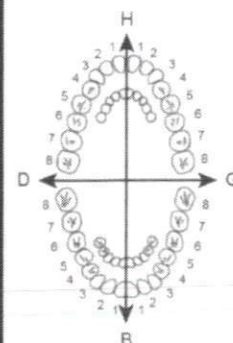
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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

# Dr. Chaymae ELOUAZZANI

## Médecine générale

Lauréate de la faculté de Médecine  
Et de la pharmacie de CASABLANCA  
Ex Médecin au CHU-CASABLANCA  
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrechid  
Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



# الدكتورة شيماء الوازاني

## الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي ابن رشد  
طبيبة سابقا بمستشفى الرازي ببرشيد  
طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 29/08/22 برشيد في

Hr YAKOUTY Abdelmajid

196.50

① - Sepren 250



LOT: 05010003  
PER: 04-2022  
PPV: 196.50

56.60 1 x 26

② - Diprost 1



611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 235DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

54.00 x 1 IN

③ - Dupretal 200



75.00 1 x 35

④ - Kalist 20



LOT 191190  
EXP 04/2022  
PPV 75.00DH

KAMILI Bouchabou  
Pharmacie Oulad Bou  
124, Bd. Mohammed VI  
Tél: 05 22 32 48 12  
INPE: 05 22 32 48 12

Dr. Chaymae ELOUAZZANI  
Omnipraticienne  
Résidence Ibn Khaldoun  
Tél: 05 22 32 48 12

إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف: 05 22 32 48 12  
Résidence Ibn Khaldoun - porte 2 - Appt N°2 - Berrechid - Tél: 05 22 32 48 12  
GSM: 06 62 14 34 32 - Email: elouazzanichaymae@gmail.com



⑤ - station 20 -  
30.00 1 cp/d

LOT 13019  
P.V. 10/23  
P.V. 90 DH 00  
90,00

⑥ - oxy 300 -  
82.00 1 g l/d

Lot / Batch n°:  
0.017  
08/22  
Exp. date: 82.00  
PPC (DH): 82,00

770.10

Dr. Chaymae BLOUAZANI  
Omnipraticienne Echographie  
Résidence Ibn Khaldoun Port 2  
App. N°2  
Tél: 0522 32 48

**KAMILI Boudhaib**  
Pharmacie Ouzou  
124, Bd. Mohamed V  
Tél: 0522 33 7  
INPE: 062047295

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
LOT: 9MA029  
PER: 05 2021  
118000 010531

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
LOT: 9MA026  
PER: 01 2021  
118000 010531

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
LOT: 9MA030  
PER: 01 2022  
118000 010531

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
LOT: 9MA030  
PER: 01 2022  
118000 010531

DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.V: 54DH00  
LOT: 9MA029  
PER: 05 2021  
118000 010531