

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053359

58834

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELZAKI Mino

Date de naissance : 21.06.1961

Adresse : 81 Rue Moussa Bouc Nouss

Tél. : 066 1314 39 Total des frais engagés : 178 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/1/2021

Nom et prénom du malade : ELZAKI Mino Age : 59

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

Nature de la maladie : Bimé + Dépression

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : oeil gauche

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 : 27/1/21

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
27/11/21	Vkm	2000		



# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie Ghaleb  
Rue J. A. Hassan - Derb Oubellah  
Tél: 05 22 25 29 54  
Fax: 05 22 90 23 17

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

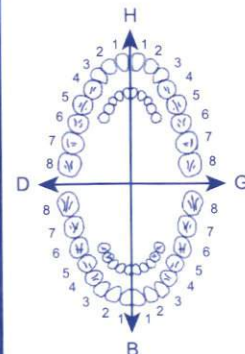
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

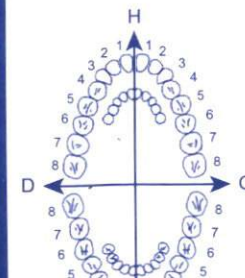
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS



Dr JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE  
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG ( FRANCE )

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



المستعجلات  
Urgences  
06 61 14 44 02

الدكتور جواد حسيني عراقي

طبيب خبير محلّف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بـستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث  
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

Casablanca, le :

24/1/2020

EZZAKI MINA

169.50 / Spectro 1920  
18002 / SAT 4  
3 / Loxox 600 (4)  
174.90 22  
4 / De Maxat 0.1 (2)  
83.70 22

STANISLAS CHALLEL  
Née EL MADRI AGUEDACH Laila  
Docteur en Pharmacie  
121, Rue Jaber Al Ansari - Derb Ghallef  
Tél. 05 22 25 28 31



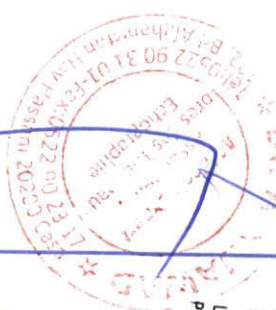
St. L. max (cl)

56,60

Metformin

dan as

1178,80



LOT: 20E009  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 9MA042  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 20E011  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V: 174,90 DH  
6 118001 080458

LOT: 20E010  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 9MA038  
METFORMINEWIN 850MG  
CP PEL B30  
P.P.V: 17DH10  
6 118000 062134

LOT: 9MA034  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V: 56DH60  
6 118000 061465

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lovenox 6000ulantixa inj b2  
P.P.V: 174,90 DH  
6 118001 080458

149,50

JT: GB00559  
PER: 03/2023  
PPV: 185 DH 00



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83 70 DH



6

ID : 632804

Voie orale.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace
  - la femme enceinte
- sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83 70 DH



6

ID : 632804

Voie orale.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +  
GROSSESSE =  
DANGER**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace
  - la femme enceinte
- sauf en l'absence d'alternative thérapeutique