

# 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.

## Prothèse 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

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° M20- 0000049

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5771 Société : RAN (G2994)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ATMANI Ouafae  
 Date de naissance : 21.01.60  
 Adresse : 101 Bd Toulouj Gaudes Casablanca  
 Tél : 0671271657 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : AL AMAL CENTRE DES MALADIES RENALES ET DIALYSE ADULTE & PEDIATRIE PROFESSEUR Amal BOURASSA TEL : 05 22 80 20 94  
 Date de consultation : 18 / 1 / 2021  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Maladie rénale  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 17/03/2021

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
19/1/21	C7		300	

AL AMAL CENTRE DES SOINS  
RENALES ET DIALYSE  
ADULTE & PEDIATRIE  
PROFESSEUR AMAL BOURQUA  
TEL: 05 22 80 20 01

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TIRAOUI Dr. HRIQUE 236, Bd. Zine El Abidine Tél: 07 00 00 00 00	18/11/21	647,60
	8/01/21	85,00 dh

PHARMACIE  
236, Bd. Zine El Abidine  
Tél: 07 00 00 00 00  
CECOMED  
115 Bd Anoual Eto. RD. MG 2  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 00228886000016

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

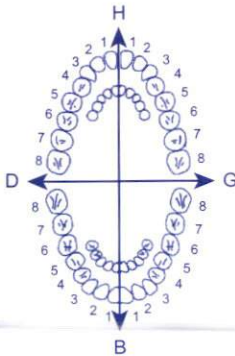
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

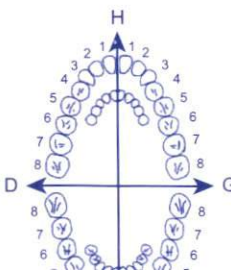
Important :

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

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

	<table><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
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
35533411	11433553															
B																
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS															
	DATE DU DEVIS															





AL AMAL

الأمال

مركز أمراض الكلى و تصفية الدم للكبار و الصغار

Centre des Maladies Rénales et Dialyse Adulte et Pédiatrique



بروفيسور أمال بور  
أمراض الكلى و تصفية الدم

Professeur Amal BOURQUIA

Néphrologie - Dialyse

Ordonnance

30 Comprimés  
sécables

LOT: 302  
PER: NOV 2022  
PPV: 126 DH 80

Wafa ATMANE



84.70

Zen Noyage

23.10

Lysa aia

168.80

Micardis

72.00

De taniel

26.80

No-Dep



Le .....

T: 475.40

Professeur Amal BOURQUIA  
Néphrologie - Dialyse  
Adulte et Pédiatrique  
Tél: 05 22 80 20 01

Signature



127, Boulevard Victor Hugo - Casablanca  
Consultation Tel. : 05 22 80 20 01 - Dialyse Tel. : 05 22 83 34 35 - Fax. : 05 22 83 34 35  
Email : amal.bourquia@gmail.com - Site Web : www.amalbourquia.com  
RC : 410599 - ICE : 00208391800003 - IF : 25291487 - Parente : 34450197 - CNSS : 2601294



- Law kus

8500 d/h

**CECOMED**

115, Bd. Anoual Ety. RD. MG 2  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca

ICE : 002238860000016

13.40

6.80

647,60

Lew H Prot. 50 ug 1 g/6  
Lew H Prot 25 ug 1 g/75

Professeur Amal BOURQUILA  
Néphrologie - Dialyse  
Adulte et pédiatrique  
Tel : 05 22 80 20 01

INPE  
092058400

PHARMACIE ZIAPOU  
Dr. H. H. ZIAPOU  
236, Bd. ZIAPOU  
161-17 00 88



Facture N° FAC-19726

Date : 11/03/2021

**PHARMACIE ZIRAOU**  
Dr. HIRICHE Wafa  
236, Bd: Ziraoui Wafa - Casablanca  
Tél: 07 00 89 90 19

ATMANI Wafa

Maroc

Produit	Qté.	P.U	Total
ZENMAG CO B32 GELULES	1	84,70	84,70
LANTUS SOLOSTAR IN 100UI 1 STYLO PREREMPLI B1 INJECTABLE	1	152,00	152,00
LYSANXIA CO 10MG B40 COMP	1	23,10	23,10
DETENSIEL CO 10MG B30 COMP SECA	1	72,00	72,00
MICARDIS CO 40MG B28 COMP	1	168,80	168,80
NODEP CO 50MG B30 COMP	1	126,80	126,80
LEVOTHYROX CO 25µG B30 COMP SECA	1	6,80	6,80
LEVOTHYROX CO 50µG B30 COMP SECA	1	13,40	13,40

Total Organisme

0 DHS

Total Client

647,60 DHS

**Total**

**647,60 DHS**

**Arrêté la présente facture à la somme de : six cent quarante-sept DHS et soixante centimes**

**PHARMACIE ZIRAOU**  
Dr. HIRICHE Wafa  
236, Bd: Ziraoui Wafa - Casablanca  
Tél: 07 00 89 90 19



# PEN NEEDLES



New **SuperStick** technology for pain-free injection



31Gx6mm



Verifine®

Verifine®

En	Fr	Ar	Ru	Sp
<p><b>CAUTIONS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>The needle is sterilized if the protective tab remains intact. After every injection, unscrew the insulin pen and dispose of the insulin pen and dispose it in a sharps container.</li> <li>Consult the local health regulations for appropriate disposal. Keep it in a cool and dry place and away from chemical substances.</li> </ul>	<p><b>PRECAUTIONS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'aiguille est stérile si le scotch de protection reste intact. Après toute injection, dévissez le stylo à insuline et jetez-le dans un conteneur pour objets tranchants.</li> <li>Consultez les réglementations de santé en vigueur dans le pays. À conserver dans un endroit frais et sec, loin des substances chimiques.</li> </ul>	<p>تنبيهات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>يجب أن يبقى الغلاف الواقي سليماً حتى يظل الإبرة معقمة. بعد كل حقنة، لفك الغلاف واقتطع الإبرة في حاوية الحاد.</li> <li>استشر القوانين الصحية المحلية. احتفظ بالإبرة في مكان بارد وجاف بعيداً عن المواد الكيميائية.</li> </ul>	<p><b>ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Игла является стерильной, если защитная этикетка не повреждена. После каждой инъекции открутите крышку и утилизируйте в специальный контейнер.</li> <li>Проконсультируйтесь с органами здравоохранения страны. Хранить в прохладном сухом месте, вдали от химических веществ.</li> </ul>	<p><b>PRECAUCIONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La aguja está esterilizada si la etiqueta de protección se mantiene intacta. Después de cada inyección, desatorille y deseche la aguja del lápiz de insulina, luego deseche en un contenedor de objetos peligrosos.</li> <li>Consulte la regulación local de salud para la disposición adecuada. Manténgase en un lugar fresco y seco, alejado de sustancias químicas o peligrosas.</li> </ul>

CE 0197



STERILE EO



6mm 9956  
85,00