

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-428784  
63611

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **0784** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**LABIAD MBAREK**

Date de naissance :

**01/07/1947**

Adresse : **HAY ELHANA, RUE ELMADAGRA N°124 CASABLANCA**

Tél. : **0605143647**

Total des frais engagés : **1673,80**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. ANNE AZIZ  
TRAUMATOLOGIE ORTHOPÉDIE  
CHP MOHAMED V  
CASABLANCA**

**MUPRAS**  
1 Mars 2021

Date de consultation :

**21/03/2021**

Nom et prénom du malade :

**Kenaan**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**gonorrhoe bilatérale**

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 :

**CASA**

Le : **16/03/21**

Signature de l'adhérent(e) :

## **RELEVE 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
01/08/2021	C2	facturé		INP : 0919 B6889 DR. AMINE AZIZ TRAUMATOLOGIE ORIHOPE M'HAMED V

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOWI Mr. JAOUI Bouchra Rue 22 N° 55 Hay El Hana Casablanca Tél: 02 29 91 24	01.03.2021	1213,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 RADIOLOGIE HABIB ABDERMEHENE - Casablanca, 10, Imm. Commune, Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca, 229010101022900707, dated 02/03/2021.	02/03/2021	Z 46	460,00

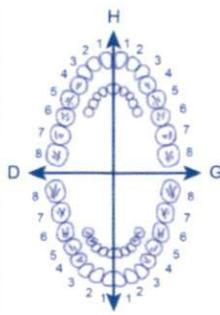
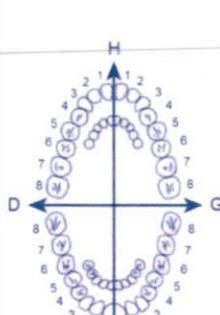
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>								
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>B</b> <input type="text"/>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>								
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>								

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Préfectoral  
Ain Sebaâ - Hay Mohammadi  
Hôpital Mohammed V  
Casablanca



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الإقليمي  
عين السبع الحي المحمدي  
مستشفى محمد الخامس  
الدار البيضاء

PPV 22DH20  
PER 11/22  
LOT J3018

Casablanca, le: 01/08/2021.

### Ordonnance

Hanen Fatma

1) Brexin cp  
84,80 1cp/100mg SP  
22,90x2

2) Cololipane cp  
29,90 1cp/87mg SP  
3) Staffan Baum SP  
188,00x3

4) Piasclédine gel  
146,90x3 1gel/1r

5) Horart forte cp  
1213,80 1cp/1r

LOT 2003  
PER 05/20  
PPV 843980  
34,80

PHARMACIE EL JADIDA  
Dr. JAOUAD Boucra  
Rue 22 Novembre El Jadida  
Casablanca  
Tél.: 0522 39 91 24

22,90  
PPV 22DH20  
PER 11/22  
LOT J3018

Centre d'Affaires ICHRAK CENTER  
Lot. Diamant Vert, Imm. 25, N°5  
Lissasa-Route El Jadida  
Casablanca - Maroc

N° LOT: 5205  
EXP: 10/23  
PPC: 79,90 DH

PHARMACIE  
Dr. JAOUAD  
Rue 22 Novembre  
Casablanca

Tél.: 0522 39 91 24  
PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothemar Bouskoura  
PPC: 188,00 DHS

118001 072644  
Barcode

118001 072644  
Barcode

DR. AMINE A.  
TRAUMATOLOGIE  
CHP MOY  
CASABLANCA

118001 072644  
Barcode  
PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothemar Bouskoura  
PPC: 188,00 DHS

LOT : CA100  
EXP : 10/23  
PPC : 146,90 DH

LOT : CA100  
EXP : 10/23  
PPC : 146,90 DH

LOT : CA100  
EXP : 10/23  
PPC : 146,90 DH



مركز الفحص بالأشعة  
"حي الحسني - آنفا"

Casablanca, le 02/03/2021

IF : 222155

Facture N° 751/03/2021

Nom patient : KENAAN FATIMA

Examen(s) réalisé(s) : RX 2 GENOUX EN CHARGE F/P

Date Examen(s) : 02/03/2021

Montant : 460 DH

Montant Produits : 0,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
MONTANT TOTAL :

QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS

RADIOLOGIE HAY HASSANI  
ANFA

10, Imm. Communal Route d'Azemmour  
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca  
Tél. 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07

10, Imm. Communal. Angle/route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca

Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13

Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

Hyp

Royaume du Maroc  
Ministère de la santé  
Centre Hospitalier Préfectoral  
Aïn Sebaâ Hay Mohammadi  
Hôpital Mohammadi V  
Casablanca



Service de : .....

Casablanca, le : 02 / 03 / 2021

N° d'Entrée : .....

## BILLET D'EXAMEN

Nom et Prénom du malade : Dr Kenaan Fatima

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	INTERPRETATION
<p>Re ds 2</p> <p>Dr. AMINE AZIZ LE MEDECIN TRAITANT Traumatologie CHP Mohamed V Casablanca</p>	<p>Dr. AMINE AZIZ LE MEDECIN TRAITANT Traumatologie CHP Mohamed V Casablanca</p> <p><i>fatma RADILOGIE HAY HASSANI ANFA 10, Imm Communal Route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca Tel : 05 22 30 10 10 / 05 22 90 07 04 face mijyel</i></p> <p><i>change</i></p> <p><i>nommé</i></p>

D

*Dr. O. Alami*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

*Dr N. Faris*

Spécialiste en Radiologie  
Lauréate de l'Université Nancy I  
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

02/03/2021

**PATIENT : Mme.KENAAN FATIMA**  
**EXAMEN(s) REALISE(s) : RX 2 GENOUX EN CHARGE F/P**

**Cher Docteur,**  
**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

### **Rx DEUX GENOUX FACE ET PROFIL**

RADIO PANORAMIQUE DENTAIRE

NUMÉRISÉE

DOPPLER COULEUR ET ENERGIE

- ✓ Trame osseuse de minéralisation normale et homogène.
- ✓ **A droite**  
Disrète subluxation articulaire.  
Interligne articulaire tibio-fémoral de largeur sub normale.  
Ostéophytose marginale interne.  
Absence d'anomalie des parties molles.
- ✓ **A gauche**  
Interligne articulaire tibio-fémoral de largeur sub normale.  
Ostéophytose marginale interne minime et rotulienne supéro inférieure débutante  
Absence d'anomalie des parties molles.

### **AU TOTAL**

**Gonarthrose minime et bilatérale.**



D