

# 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.

## Éducation :

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.

## Maladie :

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- 0000836

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Houri Abderrahmane

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : 90, Résidence Nouv Amira

Sidi Bouyid 1 EL Tadjida

Tél. : 0872835137 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/20

Nom et prénom du malade : Houri Abderrahmane

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

Nature de la maladie : Dysurie

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 : 23/04/20

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01	C		2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mestran	23/02/21	252.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/03/2021	R: 330 + PUT	450 DH

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	Coefficient DES TRAVAUX														
				<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		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR CHAOUKI YOUSSEF

OMNIPRATICIEN

CERTIFICAT D' ECHOGRAPHIE

UNIVERSITÉ HASSAN II

Diabétologie et nutrition

Université de Bordeaux France



الدكتور شوقي يوسف  
الطب العام

شهادة للفحص بالصدى  
جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء  
دبلوم داء السكري والتغذية  
جامعة بوردو فرنسا

فوسيديين 2%  
أنبوب من 15 غ

39,70

El Jadida le: 28/02/2022

Hou Ri Abdelhak

Systral® Crème

RPV 16DH60  
EXP 10/2025  
LOT 06086 2

Umax fel  
121.40 fel  
121.40

Pharmacie Diamant Vert  
Dr. Samir MESTARI  
Diamant Vert II s.s  
Bd El Gouza - El Jadida  
Tél: 06 61 59 40 13

Bioton

74.90

Systral  
Appos

16.60

39.70

232.60

franchise  
Appos

21mm21 Resid Oum Rabi Hay Essalam El Jadida

Tél: 05 23 34 01 65 -Gsm : 06 64 55 60 88



BIONE



06147

LOT 201016

EXP 03/2022

PPV 121.40DH

أوكس  
ماكس<sup>®</sup>

كلوريدات هيدرات كلوروزين



0,4

عن طريق الفم  
مادة

حببات ذات تحرر ممدد في برشامات

30 x

مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة
مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة	مادة

COOPER  
PHARMA

**DOCTEUR CHAOUKI YOUSSEF**

**OMNIPRATICIEN**

CERTIFICAT D' ECHOGRAPHIE

UNIVERSITÉ HASSAN II

DU Diabétologie et nutrition

Université de Bordeaux France



**الدكتور شوقي يوسف**

**الطب العام**

شهادة للفحص بالصدى

جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء

دبلوم داء السكري والتغذية

جامعة بوردو فرنسا

El Jadida le: .....

23/02/2020

Hou Ri Abdelhakman

PSA

Centre de Biologie  
PASTEUR El Jadida  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales



مركز البيولوجيا  
بإستور الجديد  
مختبر التحاليل الطبية

Lotissement Bahraoui Villa N°1  
Melk Cheikh El Jadida  
Tel: 05 23 35 22 86

Dr. CHAOUKI YOUSSEF  
Médecine Générale  
Diabétologie - Echographie  
06 61 59 40 13

2 Imm 21 Resid Oum Rabi Hay Essalam El Jadida

Tél: 05 23 34 01 65 - Gsm : 06 64 55 60 88





Dr. A. ABDLADIM **د. عبد العظيم**  
MEDECIN SPECIALISTE EN BIOLOGIE MEDICALE  
LAUREAT DES FACULTES DE MEDECINE  
DE CASABLANCA ET DE DAKAR

CENTRE DE BIOLOGIE PASTEUR EL JADIDA  
مختبر التحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Page 1 / 1

Date du prélèvement : 11-03-2021  
Code patient : 2007230042  
Né(e) le : 01-01-1946 (75 ans)

Mr HOURI ABDRAHMAN  
Dossier N° : 2103110045  
Prescripteur : Dr CHAOUKI YOUSSEF



HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION (Méthode de Westergreen)

VS 1ère heure	24 mm
VS 2ème heure	49 mm
Age du patient(e)	75 ans

Valeur de référence VS 1ère heure: Homme (VS < âge/2), Femme [VS < (âge+10)/2]

MARQUEURS TUMORAUX

PSA Total	0.44 ng/mL	(<4.00)
(Chimiluminescence – Abbott ARCHITECT i1000SR)		

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Validé par : Dr Adil ABDLADIM

Dr. ABDLADIM Adil  
Pasteur  
Médecin Biologiste

Biologie de qualité à proximité

Urgence 24h/7j  
06 71 09 02 98  
06 71 09 01 78

Villa N°1 Bvd. Al Alaouiyyine  
Melk Sheikh - EL JADIDA

0523 35 22 86

labo.cbpasteur@gmail.com

Patente : 43000942

IF : 65215121

ICE : 002298734000020

BIOCHIMIE - IMMUNOLOGIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE



Dr. A. ABDLADIM د. ع. عبد العظيم  
MEDECIN SPECIALISTE EN BIOLOGIE MEDICALE  
LAUREAT DES FACULTES DE MEDECINE  
DE CASABLANCA ET DE DAKAR

CENTRE DE BIOLOGIE PASTEUR EL JADIDA -  
مختبر التحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

FACTURE N° : 210300476

INPE : 113063309



EL JADIDA le 11-03-2021

Mr HOURI ABDRAHMAN

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Clé	Coefficient
Prélèvement	E	10
PSA	B	300
VS	B	30

Total des B : 330

TOTAL DOSSIER : 450.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent cinquante dirhams .

**NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respecter les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)**

Centre de Biologie  
PASTEUR El Jadida  
Laboratoire d'Analyses  
Medicales  
Lotissement Bahraoui Villa N°1  
Melk Sheikh El Jadida  
Tel: 05 23 35 22 86

Biologie de qualité à proximité

Urgence 24h/7j  
06 71 09 02 98  
06 71 09 01 78

Villa N°1 Bvd. Al Alaouiyine  
Melk Sheikh - EL JADIDA

0523 35 22 86

labo.cbpasteur@gmail.com

Patente : 43000942

IF : 65215121

ICE : 002298734000020

BIOCHIMIE - IMMUNOLOGIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE