

# 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.

## Biologie 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  
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° M21- 0054831

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3084 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Bouzalin Homa UU Nabili M  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 :  
ACCUEIL  
1702 NOV 13  
MUPRAS



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				<b>Coefficient des travaux</b>																
				<b>Montant des soins</b>																
				<b>Début d'exécution</b>																
				<b>Fin d'exécution</b>																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				<b>Montant des soins</b>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b>																	
			<b>Fin d'exécution</b>																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM :	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	<b>P 14 / 0038884</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



**P 14 / 0038884**

**DATE DE DEPOT**

01/06/2021

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mle</b>
Nom & Prénom <b>Bouzaïr Hama</b>		Signature de l'adhérent 
Fonction	Phones <b>05 22 28 53 27</b>	
Mail		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <b>HAURA BOUZAÏR</b>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>54 ans</b>	Date <b>19/05/21</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite <b>19/05/21</b>
<b>Epigastriques + DL 2660 + Diarrhées + Allergie</b>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes <b>- CS</b> <b>- CT (26/05/21)</b>		
Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<b>1</b>	<b>120 DH</b>	
<b>PHARMACIE</b>		Date <b>19-05-21</b>
Montant de la facture		
<b>PHARMACIE OUMNIA</b> Abou Chouaib Doukkali Hay El Farah - Casablanca Tél: 05 22 82 93 56		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date <b>19-05-21</b>
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>3940</b>	<b>1054,00 dh</b>	
<b>PHARMACIE OUMNIA</b> Abou Chouaib Doukkali Hay El Farah - Casablanca Tél: 05 22 82 93 56		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date <b>19-05-21</b>
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires

Dr. Khadija RAFIQ

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale



بسم

— الطب العام —

ORDONNANCE

Date 26/05/21

N° HARRA BOZAHIR

1 Supral 2mg  
803.3  
2 Ly lever 3cp x 4/7

طبيبة رافق  
طبيبة عامة  
بلوك 6 الزنقة 10 الدار 41 الحي المحمدي  
05 22 603 839 / 07 00 150 787

بلوك 6 الزنقة 10 رقم 41 الطابق الأول الحي المحمدي، الدار البيضاء  
Bloc 6 Rue 10 N° 41, 1er Etage, Hay Mohammadi, Casablanca  
Tél : 05.22.60.38.39 / 07.00.15.07.87 / E-mail : rafiikhadija87@gmail.COM



**Dr. khadija, RAFIQ**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Médecine générale

**د. خديجة رافق**

خريجة كلية الطب و الصيدلة  
الدار البيضاء  
الطب العام



— للطب العام —

## ORDONNANCE

Date : 19/08/2019

Mme HANRA BAZAHZ

800  
1/ hypotension  
30/12  
2/ Dm - 1mg  
3/ B12  
3/ Depasfon 800mg  
4/ Depasfon Bz 375mg  
14/8/20

PHARMACIE OUMNIA  
N°439, Bd. Abou Chouaib Doukkali  
Hay Mohammadi, Casablanca  
Tél.: 05 22 82 93 58

ST  
ST  
ST

up 2  
up 2 375  
1pél /rai

د. خديجة رافق  
طبيبة عامة  
الدار البيضاء 41 الحي الموحدي  
05 22 603 839 / 07 00 150 787

Hay MOHAMMADI, Bloc 6, Rue 10, N° 41

بلول 6 الزنقة 10 الدار 41 الحي الموحدي

Tél : 05 22 60 38 39 / 07 00 15 07 87 / E-mail : rafiikhadija87@gmail.com

**PYLERA® gélules**

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :

SOTHEMA, S.P.N° 127182 Bouskoura, MAROC



6 118001 072262

LOT : 7612  
UT. AV : 03-23  
P.P.V : 34 DH 40

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél

P.P.V : 300DH50



6 118000 010845

LOT: 278  
PER: SEP 2022  
PPV: 80 DH 00

Dr. Khadija RAFIQ

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale



الدكتورة خديجة رافق

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب العام

Casablanca, Le

19/05/21

الدار البيضاء، في

## Bilan Biologique

Nom / Prénom :

BOUZAHAR HARRA

Age :

Sexe : H ☐ F ☒

### SANG :

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☒ NFS / Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Cholestérol total, HDL, LDL
- ☐ Triglycérides
- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Glycémie postprandiale
- ☒ HbA1c
- ☐ Ferritine
- ☒ Vitamine D

☐ Lonogramme sanguin

☐ Urée

☐ Acide urique

☐ Créatinine

☐ DFG

☐ ASAT

☐ ALAT

☐ Phosphatases alcalines

☐ Gamma GT

☐ Electrophorèse des protéines

☒ TSU us

☐ T3, T4

### URINE :

- ☐ Diurèse des 24h
- ☐ Prothéinurie des 24h
- ☐ Créatinine des 24h
- ☐ ECBU et antibiogramme
- ☐ Lonogramme urinaire

### SELLES :

- ☐ Coprologie des selles
- ☐ Parasitologie des selles

### BILLAN ALLERGOLOGIQUE :

- ☐ IgE totales
- ☐ IgE spécifiques

Autres :

Séologie H.L.

خديجة رافق  
طبيبة عامة  
بناية 10 الدار البيضاء  
05 22 82 32 83 / 07 00 190 787

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

BOUZAHIR HOURRA

Prise en charge N°

Prescripteur: RAFIQ Khadija

FACTURE N° 55096

Facturé le : 24/05/2021

**Analyses :**

25 HYDROXYCHOLECALCIFEROL

B 350,00

GLYCÉMIE À JEUN

B 30,00

HÉMOGLOBINE GLYCOSYLÉE

B 100,00

THYREOSTIMULINE (TSH US)

B 200,00

SÉROLOGIE DE HELICOBACTER PYLO

B 180,00

NFP

B 80,00

Total analyses : 1 034,00 Dh

**Prélèvements :**

Sang

Total Prélèvements : 20,00 Dh

Total <<B>>

940

Soit un montant total :

1 054,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQUANTE QUATRE DIRHAMS

