

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-687926

104922

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09394 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Addou Idoussi Youssef

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SANHAJI Rachida  
Médecin Chef  
du Centre Diagnostique  
Siège Social  
Hopital El Hassane

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 31 / 12 / 21

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90

EXP 08/2024

LOT 18066 9

vescents

20

LSB

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DNP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20.90 DH

UT.AV. : 12 2022

LOT N° : 1299978

P.P.V.

79 70

TÈRE DE LA SANTÉ  
ON D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
P HAY HASSANI

UT.AV. : 12 2022

LOT N° : 1299978

P.P.V.

79 70

## Ordonnance

Casablanca, 31/12/2021

Benaddou Idhissi  
Youssef

1/ Zithromax (2 boîtes)

1 cp/j puis 1/2 cp po

2/ Vitamine D<sub>3</sub>

dose unique 1 au

3/ Cardiaspirine

1 cp / j à midi

PHARMACIE LAJAJMA  
Madia ZERMANA  
Avenue du Trar, Résidence Tarbagout  
Casablanca - Tél: 05 22 20 78 67

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :

B: BIOFAR VITAC ACEROLA CP BTE 20  
PPC : 69.00

Ut Av  
05/2024

Lot :  
1099/11

IPHADERM

3 760849 895285


Poids net :  
Net weight :  
الوزن الصافي : 90g

CHAIB REDDAD et Bd.OUED SEBBOU - Casablanca

Tél.: 05 22 90 76 56. Fax : 05 22 89 05 54



40,90

4/ Zimaskin 

CARDIO ASPIRINE  
100 mg

Respecter les doses prescrites

1cp ds 1/2 verre d'eau

21 j pdt 

69,00

8/ Biofar vite

LABORATOIRES

BIOFAR

VITAMINE C  
ACÉROLA 500

1cp x 2/j pdt 18j

T = 317,90

PHARMACIE LAHJAJMA  
Nadia ZEMMAMA  
Avenue du Mare. Residence agthazou  
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml  
CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكالسيفيرول  
1 ml  
الجرعة: 1 مل

500 mg

ZITHROMAX®  
azithromycine  
Pfizer

500 mg

ZITHROMAX®  
azithromycine  
Pfizer



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Ordonnance

Casablanca, 30/12/2021

Ben addou idrissi  
Youssef.

Test PCR.

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd Ain Taoujjet Casablanca  
Tel 05 22 47 49 49 / 05 22 47 52 52



RACHIDA  
M. Rachida  
Secrétaire  
Hay Hassani



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
R A C I N E

Code Patient 201105123



**Dr Othmane TOUZANI**

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Immunologie - Parasitologie - Mycologie  
Biologie de la Reproduction (Université Marseille)  
Qualité en Biologie Médicale (Université Bordeaux)

Prélèvement du : 31-12-2021  
au labo à 10:26  
Demande N° : 211231057  
Edition : 19-02-2022

**M BEN ADDOU IDRISSE Youssef**

Né(e) le : 15-02-1970

Prescripteur :



## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### RECHERCHE DU SARS-CoV-2 (COVID-19) PAR PCR EN TEMPS REEL (RT-PCR)

Nature du prélèvement  
Résultat

Naso-pharyngé  
**POSITIF**

CT

12

Réactifs : GenProof SARS-CoV-2 Screening PCR Kit

*La sensibilité des tests RT-PCR utilisés pour le SARS-CoV-2 varie selon le type de prélèvement et la période à laquelle celui-ci est effectué au cours de la maladie. Un résultat négatif doit être interprété avec prudence et en présence de symptômes évocateurs, une infection à Covid-19 ne peut être totalement exclue.*

Demande validée biologiquement par le Dr. TOUZANI

LABORATOIRE TOUZANI RACINE  
50 Bd. Abd. Elouajate Casablanca  
Tél 05 22 47 49 49 / 05 22 47 52 52