

# 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.

## Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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- 074381

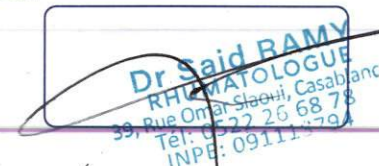
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1923 Société : R.A.D.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHATIRI HAYAT  
Date de naissance : 10/06/53  
Adresse : 26 Rue Ibnou El Aloussi  
Rue de la Casbah  
Tél. : 06679188391 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : CHATIRI HAYAT 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 : 05/05/22



# 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
05/05/22				<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE LES IRISSES SARL  
164, Bd d'Anglo Angle Rue  
Molère-Casablanca  
Tél: 0522 26 68 78  
R.C: 250421 / F: 4045904

5/5/22

125,40

# 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

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

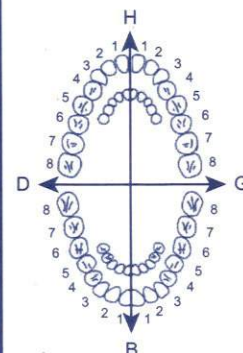
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

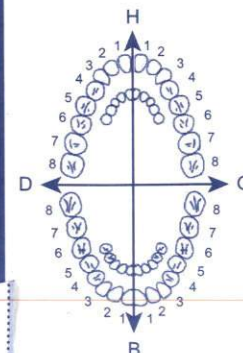
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
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 SAÏD RAMY

Spécialiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole  
de Kinésithérapie (H.E.K.)

**Rhumatologue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrales

Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي  
اختصاصي

خريج كلية الطب بكلية مونت فيرنان فرنسا

طبيب ملحق سابقا بمستشفيات فرنسا

استاذ بالدراسة العليا

للتدريس الطبي

امراض الروماتيزم

العظام والمفاصل، العضلات

العمود الفقري والرجل

المعص بالاشعة

Casablanca, le 5/5/22

A. CHATTIRI

HAYAT

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CM



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH



ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

- Vit D3 800 : 1 sup / 15 J 3 sup

puis 1 sup / 12 min 3 sup

20.90 x 6

125.40

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma

N° 171/16 CMP/21/NNPR



118001 272228

20.90 DH

Dr Saïd  
RHUMATISME  
39 Rue Omar Slaoui  
Tél: 0522 26 68 78  
INPE: 0911



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

PHARMACIE LES IRISSES SARL  
164, Bd d'Antio Angle Rue  
Molère Casablanca  
Taxe Profess. 401: 35621011  
R.C: 250421 L.P: 40453840

GSM : 0661 42 78 23

39 زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترفيق الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2ème étage N°6 Centre Commercial Taoufik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr



# Pharmacie LES IRIS - Casablanca

Dr LEMSEFFER Malak

0522362479

164 boulevard d'Anfa (angle rue Moliere), casablanca



**Facture N° 20220512-722**

Date de vente : 05/05/2022  
Médecin traitant :

**MME CHATIRI HAYAT**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
VITAMINE D3 B.O.N. IN 200000UI/1ML INJECTABLE	6	20,90	TVA (7.00%)	125,40

Total HT	117,20 DHS
TVA	8,20 DHS
<b>Total</b>	<b>125,40 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : cent vingt-cinq DHS et quarante centimes**

PHARMACIE LES IRISSES SARL  
164, Bd d'Anfa Angle Rue  
Molière-Casablanca  
Taxes Professionnelles: 35621013  
R.C: 250421 I.F: 40450045