

## 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

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-710242

CR Echo  
RS 05 Averti

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3260 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HARROUCH MOHAMMED  
 Date de naissance : 14 Septembre 1954  
 Adresse : D19 Plage Sidi Rahal Chatii Avenue  
 Tél. : 06 66 311 621 Total des frais engagés : 942.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2022  
 Nom et prénom du malade : BICHI RI Saoudi Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : BICHI RI Saoudi  
 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 : Marrakech Le : 05/05/22  
 Signature de l'adhérent(e) : Harrouch

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
05.05.22	Cur		300,00	INP : 071149324

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
INPE : 073061236	19/05/22	B320	394,00

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

# Docteur Taoufik ZENJARI

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Lille (France)

SPECIALISTE DES MALADIES  
DE L'APPAREIL DIGESTIF

Foie - Estomac - Intestins  
Hémorroïdes - Fissures Anales

ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE



Dr Ferdaousse BOUGREA

Izdihar Lot Yasmine-Charaf N°300

Tél : 05 24 30 91 92

## الدكتور توفيق الزنجاري

خريج كلية الطب (فرنسا)  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد، المعدة، الأمعاء والبنكرياس

الفحص بالمنظار  
والإكثوگرافي

Marrakech, le .....

05/11/20

ne bicum

Sulmid 10 →

2

R 2 ap 2 →

2 mg le



TRIES LIMITI  
nta Sahib,  
Pradesh, In  
ROCCO LLC  
Casablanca

PPV: 144 DH 50

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

الدكتور توفيق الزنجاري  
Docteur Taoufik ZENJARI  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
Gastro-Enterologie  
Complex Commercial Habous Im. 6 N°1  
Daoudiate Marrakech Tél 05

Lot / Batch n°:

Exp. date:

PPC (DH):

89,00

Rendez-vous le ..... الموعد

06 55 76 26 06 / 05 24 33 02 06

المركب المعماري والتجاري الأحباس عمارة 6 رقم 1، شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش  
Complexe Commercial Habous Im. 6 N° 1 Avenue Allal El Fassi Daoudiate - Marrakech  
En cas d'urgence 06 61 24 13 94 : المستعجلات



**NOTE D'HONORAIRES**

Mr/Mme : Bichri  
Saadis

**Le Docteur ZENJARI Taoufik**

A l'honneur de vous présenter ses honoraires pour :

- ☒ Consultation ..... 150DH
- ☒ Echographie abdominale (K30) ..... 150DH
- ☐ Fibroscopie oesogastrodeodenale (K50)
- ☐ Recto – sigmoïdoscopie (K30) .....
- ☐ Coloscopie (K80) .....
- ☐ Anuscopie (K5) .....
- ☐ Autre (K5) .....

TOTAL = 300DH

Soit la somme de trois cent dirhems

Toutes taxes comprises

A Marrakech le 05/05/22

الدكتور توفيق الزنجاري  
Docteur Taoufik ZENJARI  
اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي  
Gastro Entérologue  
Complex Commercial Habous Imm. 6 N°1 Avenue Allal El Fassi  
Marrakech Tel: 05 24 33 02 06



**DR. KHALID OUMGHAR**

Spécialiste en analyses biologique médicales

. Diplôme de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

. Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie

. Diplôme Universitaire en Management de la Qualité



**الدكتور خالد أومغار**

متخصص في البيولوجية الطبية

. خريج كلية الطب والصيدلية بالرباط

. شهادة جامعية في علم الطفيليات والفطريات

. شهادة جامعية في إدارة الجودة

## Facture

N° facture : 2022-1781

Date : 19/05/2022

Date de prélèvement : 19/05/2022

Patient : Mme BICHRI Saadia

Analyses	Valeur en B	Montant
BILAN LIPIDIQUE	190	228,00
Glycémie à jeun	30	36,00
Hémoglobine glycosylée	100	120,00
Total B	320	384,00
APB	1,0	0,00
Majoration de garde		
Total		384,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cent quatre-vingt-quatre dirhams\*\*\*

LABORATOIRE ALLAL EL FASSI  
D'analyses médicales  
Dr. Khalid Oumghar  
Imm. 6 Appart 11, complexe des Habous  
Avenue El Fassi  
Tél : 0524 29 19 96 - Fax : 0524 29 17 80