

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-670841

129020

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5628 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIBLAT MUSTAPHA

Date de naissance : 01.02.1951

Adresse : 208 rue 208 n° 74 Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 06.72.71.5936 Total des frais engagés : 510,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/09/2022

Nom et prénom du malade : FILALI NAÏMA Age :

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

Nature de la maladie : CRL

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 : 01/09/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° 14-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
01/05/22	u		200 DH	INP : 09/10/16/109

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
69501-09-22 379,30	08-09-22	52,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

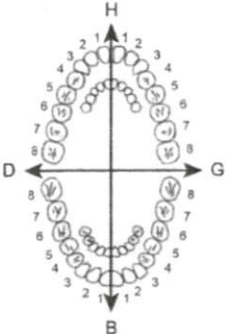
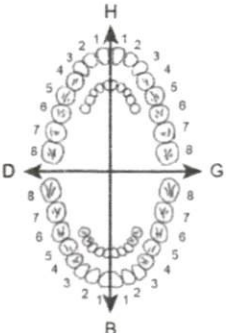
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





Casablanca, le 10/09/2024

FIKRI NAHA

- حائز على دبلوم الفحص بالصدر
- حائز على دبلوم الطب الرياضي
- حائز على دبلوم التغذية والعينة
- التغذية الوظيفية
- حائز على دبلوم داء السكري
- أمراض الأيض - السمنة
- الطب النسائي - فحص ما قبل الزواج
- مراقبة العمل
- خبيرة معتمدة من طرف وزارة الصحة
- للفحص الكبدي خاص برخصة السياقة

omnipraticienne

- Diplômée en Echographie
- Diplômée en Médecine du Sport
- Diplômée en Nutrition-Dietetique  
Nutrition Fonctionnelle
- Dipômée en Diabétologie
- Maladies métaboliques - obésité
- Gynécologie - Examen prénuptial  
Surveillance de la grossesse
- Medecin agréée par le ministre  
de SP pour l'examen médical  
du permis de conduire

170,00 Ceftriaxone 200 mg  
1 cpr x 2

34,70 - Scaevit 20  
3 cpr / j

14,60 paracetamol 1000  
1 cpr x 3

36,00 Enalapril  
1 cpr / 8 j

115,00 Avamys  
1 pul x 2

370,30

LOT 218157  
EXP 11/23  
PPV 170.00 DH

LOT N°:  
UT. AV: 34,70/  
PPV (DH):

PARANTAL® 1g  
PPV 14 DH 60  
EXP 10/2024  
LOT 100523

ERGIC 5mg  
Décongestionnant à action prolongée  
P.P.V.: 36,00 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH  
6 118001 142262

دريا الحرة، شارع سيدي عبد الرحمان بلوك 208، رقم 58 - العي الحسني  
05 22 90 23 81 : الهاتف - الدار البيضاء

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani  
Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com

# PHARMACIE NAIMA

124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria  
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



**DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI**  
Docteur en pharmacie  
université de MONTPELLIER  
FRANCE

R.C :171496  
T.V.A :  
Banque:  
Tél :022.9031.00

Patente:35003900  
C.N.S.S:1044081

Le 08/09/2022

**FACTURE N°557410**

**Pharmacie NAIMA**  
ICE : 001596576000024

**MR BIBLAT MUSTAPHA**

Désignation	Quantité	PPM	Total
OSMOSINE F/260ML	1	34,00	34,00
BUCCOTHYMOL B. DE BOUCHE	1	18,90	18,90
<b>Total =</b>			<b>52,90</b>

**BUCCOTHYMOL**  
à la Lidocaïne

18,90

**OSMOSINE®**  
Hydroxyde de Magnésium

PPV  
34DH00

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinquante Deux Dirhams et 90 centimes.