

# 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065468

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0527 Société : 245435  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EZZAHAF EL BOUAZZAoui  
 Date de naissance : 01.01.1941  
 Adresse : 32, AV. OVED DAHAB CASABLANCA  
 Tél. : 0663572332 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : /  
 Nom et prénom du malade : CHARAoui ZOUBIDA Age : 70 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ALD ALC (Renouvellement médical)  
 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 : 23/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 23/12/2022 | 4.201,00              |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

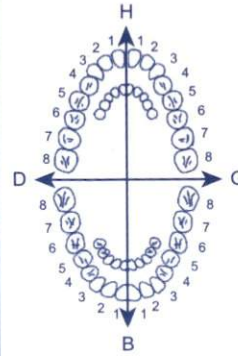
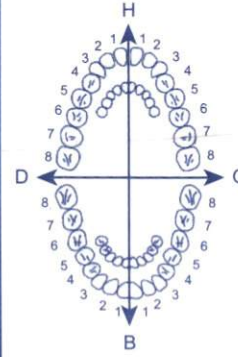
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                       |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552<br/>             00000000<br/>             G<br/>             00000000<br/>             35533411<br/>             B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                         |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |                                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                                                                                                                                                                                       |                                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Jamal Eddine BENHIMA

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Montpellier

en Diabétologie

Dietétique Médicale

Thérapeutiques Hormonales

الدكتور جمال الدين بنهيمه

الطب العام

خريج كلية مونبيلي  
في داء السكري

التغذية والحمية

العلاج الهرموني

TD 6214

Casablanca, le : 11/11/21 البيضاء

CHAGAOUI ZOUSSOUA



Levothyrox® 100 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 600DH40  
LOT: 2016004  
PER: 05/2023  
6 1180001181636

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablan  
LIPANTHYL® 160 mg CP PE  
P.P.V.: 116,80 DH

6 118001181636

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V.: 600DH40

6 1180000600031

Dr. Jamal Eddine BENHIMA  
Diabétologie - Dietétique  
Médecine Générale  
El Khadi Derb Neima  
Casablanca

maphar  
enata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30  
P.P.V.: 116,80 DH

6 118001181636

LOT: 210600  
PER: 12-2023  
PPV: 140,00DH

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V.: 300DH70

118000061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V.: 300DH70

6 118000061847

N°266, Rue - Derb Neima - CASAI

06 61 06 76 30 : المحمول - 06 44 79 10 91 : الهاتف - الدار البيضاء

20 ملغ  
عن طريق الفم



أوديبيلس<sup>®</sup>  
أوميبرازول

OEDES 20mg ○

56 gélules

56 x

حبّيات صامدة للعصارة المعدية في برشامات

زوال مساء

ODJ

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

LOT : 211541  
PER : 05-2024  
PPV : 140,00DH



ع



®

أوديس  
أوميرازول

OEDES 20mg

56 gélules

56 x



جيبات صامدة للحصاة المعدية في برشامات



|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| مدة العلاج               |                          |                          |                          |                          |
| مساء                     |                          |                          |                          |                          |



COOPER  
PHARMA

PPV (DH) :

LOT: 211542  
PER: 05-2024  
PPV: 140,00DH

T.AV. :

LOT: 211318  
PER: 04-2024  
PPV: 140,00DH

# Pharmacie LAHBABI

DR. LAHBABI MOHAMED

0522-37-31-03

79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA



**Facture N° 20221223-686**

Date de vente : 23/12/2022

Médecin traitant :

**CHABOUNI ZOUBIDA**

Maroc

| Produit                   | Qté. | P.U    | TVA         | Total  |
|---------------------------|------|--------|-------------|--------|
| OEDES CO 20MG B56 GELULES | 3    | 140,00 | TVA (7.00%) | 420,00 |

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Total HT     | 392,52 DHS        |
| TVA          | 27,48 DHS         |
| <b>Total</b> | <b>420,00 DHS</b> |

**Arrêté la présente facture à la somme de : quatre cent vingt DHS**

