

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0042542

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2572 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : FEU HAYDI BOJABID

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0674456542 Total des frais engagés : 158 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Najat Man Kariy Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
13/03/23	ca	1	1500	
13/03/23	ca	1	1500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. S. BENYAHIA Imm. 94 Lot. 25 74 82 Tel: 05 22 51 17 07	13/03/23	367,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RADIOLOGIE BENYAHIA BERRADA M. BENYAHIA Rur Mohamed Bahi Pharmacie 23 77 05 MAROUANE BEN M'SIK Lot. Khadija Bd. Oum Elouassila Gsm: 05 22 51 17 07	15/03/23	K <sub>10</sub>	500,00
	20/03/23		141,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

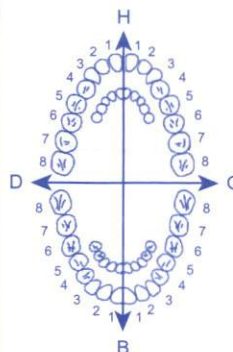
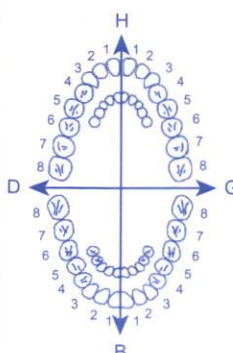
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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														
				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>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté  
De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital  
Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle  
Conseil nutrition



الدكتورة احلام ازكوار

خريجة كلية الطب

والدار البيضاء

خصيصة داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي  
الحمية العلاجية

## ORDONNANCE

Dérouta le..... 31.03.2023

Majid Youkhri

79.50

Carbure



Avant les repas

44.00

Berilon



Avant les repas

144.50

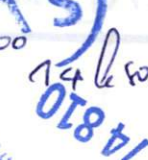
Luzal



Fi.

99.00

mane f 300



1 mois

367.00

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94 Lot N°4-DEROUA  
Tel: 06 22 54 47 07  
INPE: 06 20 74 810

26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80



Fabriqué par : Laboratoires JUVA PRODUCTIONS  
Rue Avogadro, Technopole Sud - 57600 Forbach - France

Résidence

FM175 0624

MOSER

ce - CASABLANCA - MAROC

LOT

PER

N° lot :

Prix

99.00

Péréemption :

Poids net  
71,3 g

EMB 75112 W Ref: 990510 ETUIM988

N° du certificat d'enregistrement au ministère de la santé : تصريح من وزارة الصحة رقم

DA20200402055DMP/20UCA/MAv4



Lot:

220468

À consommer de  
préférence avant le:

06/2027

PPC: 79,50 DH

BEVIRAN FORT®  
mélbivérine 200 mg  
Boîte de 30 comprimés

PPV : 44.00 DH



6 118000 190943

90x43x20



Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

CG- Suivi de grossesse- Diabète- hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

مقيمة داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الكب العام - الفحص بالصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي  
الحماية العلاجية

## ORDONNANCE

Déroua le..... 26/03/2023

Y. NASAT Moukhrif

4180

Atlocordyl long



4960 x 2

D-cw

1/2 c le soir 1 mois

2 amp / mois 6 mois



Ts 141

PHARMACEUTIQUE  
MAROUANE MSIK  
Docteur En Pharmacie  
Lot. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua  
Gsm : 05 22 53 20 58

06 76 67 07 80  
07 00 86 13 43



26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة  
26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua  
Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80

sephes

PPV:49,60 DH  
LOT: 22J05  
EXP: 10/2025

sephes

PPV:49,60 DH  
LOT: 22J05  
EXP: 10/2025

LOT: 21E016  
PER: 11/2024

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850

P.P.V.:41DH80



6

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle  
Conseil nutrition



الدكتورة أحلام زكوار

خريجة كلية الطب

والدار البيضاء

كسبية داخلية ماريقا بمستشفى

مولاي يوسف والدار البيضاء

الطب العام - الفحص بالصدر

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي  
الحمية العلاجية

## ORDONNANCE

Déroua le...13.10.2023

Dr. NAJAT You Khrif

Echo Thyroïdienne

RADIOLOGIE MAARIF

BERRADA M. BENYAHIA Z.

17, Rur Mohamed Bahi

Tél : 0522 25 74 82

Fax : 0522 23 77 05



26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80

## CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.

Radiologue

Dr BENYAHIA Z.

Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 15/03/2023

### Facture

Nom & Prénom : **MOUKHRIF NAJAT**

Date d'examen : 15/03/2023

Examen(s)	
ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE	
Montant TOTAL	500 DH

ARRÊTÉE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed Bahi  
Tél : 0522 25 74 82  
Fax : 0522 23 77 05



ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE :

- Glande thyroïde de volume normal, mesurant :  
Lobe thyroïdien droit : 17x 15 x 45 mm.  
Lobe thyroïdien gauche : 21 x 12 x 47 mm.  
L'isthme mesure 2 mm d'épaisseur.  
Volume global estimé à 14 ml.
- La glande présente de contours réguliers, d'echostruture globale homogène normalement vascularisée au doppler couleur.  
Elle est siège de nodules de taille et d'echostruture variable classés entre EU TIRADS 2 et 3, le plus volumineux est polaire inférieur gauche ovalaire spongiforme de contours réguliers sans calcification en son sein, mesurant 13 x 8 mm, classé EU TIRADS 2
- Par ailleurs, absence d'adénopathies cervicales de taille significative ou d'allure suspecte.
- Axes vasculaires libres.
- Glandes salivaires sub mandibulaires et parotides d'aspect morphologique normal.
- Creux sus claviculaires libres.

AU TOTAL :

- **THYROIDE EUTROPHIQUE MULTI-NODULAIRE AVEC DES NODULES THYROIDIENS CLASSES ENTRE EU TIRADS 2 ET 3.**



