

# 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 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0029834

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1386 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAADI BEAHIM  
 Date de naissance :  
 Adresse : H25 Lohssement EL WAFAL DEROUA  
 Tél. : 06 61 30 59 29 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29 Mars 2023  
 Nom et prénom du malade : LAADIS LATIFA Age : 64 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Suivi DZ et HTA  
 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 : 29 / 03 / 2023  
 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
09 Mars 2023			1150,00	<b>Dr. Sanaa M. H. RZ</b> Médecin Généraliste Immat. 89 N°2 Insee Deroua Saada DEROUA - Tél. 05.22.51.46.49
10 Avri 2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL OUMOUA</b> 244 lotissement el wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	10/04/23	859,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

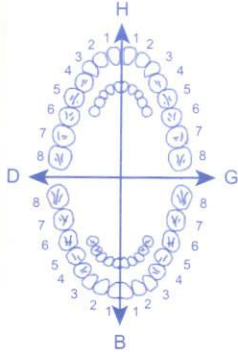
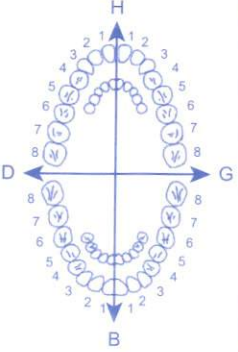
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Dr. Sanaa MHARZI**



**الدكتورة سناء امحرزي**

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté

de Médecine et de Pharmacie

de Casablanca

Diplôme Universitaire en Diabétologie

Diplôme Universitaire de Nutrition

et Thérapeutiques Métaboliques

Suivi de Grossesse

**ECHOGRAPHIE**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في أمراض السكري

دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض

متابعة الحمل

**الفحص بالصدى**

Date : 10 AVR. 2023

LAOUIS wife

89.00 x 2

Diemich 30

6x 28.00

1g

1g

Arant Reps  
1000mg

Glucophage 1000

1cp

x 2

1000mg

ODERK 4mg

1g

1g

1000mg

Profenal Supp. 16supp 1g

Boycutene creme. 1Appt x 2

ماريه B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة.

Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada-Deroua.

Tél. : 05 22 51 46 49 - Mail : Dr.mharzisanaa@gmail.com

850.80



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Zénata Ain sebaa Casablanca  
Odrlik 4mg gelule b28 mv  
P.P.V: 110,10 DH



6 118001 183920

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zénata Ain sebaa Casablanca  
Odrlik 4mg gelule b28 mv  
P.P.V: 110,10 DH



6 118001 183920

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Odrlik 4mg gelule b28 mv  
P.P.V: 110,10 DH



6 118001 183920

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Odrlik 4mg gelule b28 mv  
P.P.V: 110,10 DH



6 118001 183920

LOT 230010  
EXP 02/2026  
PPV 28.00DH

LOT 191915  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191919  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191915  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 230000  
EXP 02/2026  
PPV 28.00DH

LOT 230391  
EXP 03/2026  
PPV 28.00DH

8900

89,00

41,70

LOT: GR5911  
PER: 12/2025  
PPV: 22/70



**MUPRAS**

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

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Réf. : PR03\_004

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	LQADI BRAHIM
Matricule :	1386
N° CIN :	J34655
Adresse :	LOTISSEMENT EL WAFIA ANH H25 DEROUA BERRECHID
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. Sanaa MHARZI Médecin Généraliste Imm B9 N°2 Inham Deroua Saada THEROUA - TEL: 05 22 51 46 49
N° ICE :	
N° INPE :	INPE : 061190898
Spécialité :	Diabétologue
Certifie que Mlle, Mme, M. :	LAAOUIS LATIFA
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<ul style="list-style-type: none"><li>- 8<sup>e</sup> polyuro-polydipsique</li><li>- Asthénie</li></ul> <p>endostéril 1000 127 HbA1c 12.7 % TG = 1.36</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Diamicron 30 : 1g 15</li><li>- Glucophage 1000 : 1g x 2 15</li><li>- ODRIK 4 mg : 1g 15</li></ul>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Deroua le 29 MARS/ 2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div>Dr. Sanaa MHARZI Médecin Généraliste Imm B9 N°2 Inham Deroua Saada THEROUA - TEL: 05 22 51 46 49</div>	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées