

# 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

M22- 0052847

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8104 Société : 66905

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rayouni HAKIMA Vero Khattar

Date de naissance : 28 juillet 2023

Adresse : lot Alla clame Rue 2 mb 35 N 06

Oulfa - Casablanca

Tél. : 06 60 21 85 08 Total des frais engagés : 200 + 429,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ELOUIZI Aicha**  
Diabetologue

Hay El Oulfa, Bd. Oum Rabie  
Al Firdaouss GH 1B - Imm T12 - Apt 1  
Casablanca - Tél. 05 22 93 89 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2023

Nom et prénom du malade : RAYOUNI HAKIMA Age :

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

Nature de la maladie : infection urinaire + Pyrexie + Anémie + mycobactérie

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



# 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
10/05/23	C	1	209,00	Dr. ELQUIZI Aicha Diabétologue Hay El Ouffa, Bd Oum Rabie Al Firdaouss GH 18 - Imme T12 - Appt 1 Casablanca - Tél. 05 22 93 89 06

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR AL HOUDA 5 LOT YASSINE LISSASFA CASABLANCA Tél. 05 22 93 89 06	10/05/23	429,5 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

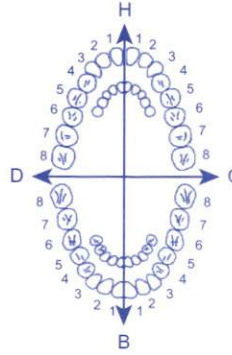
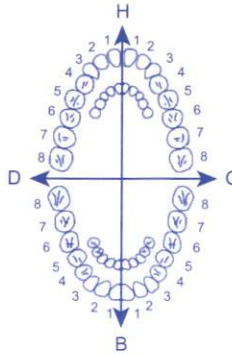
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Aïcha ELOUIZI

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Rabat

Diplômée en Diabétologie  
de La Faculté de Médecine de Montpellier  
de France

# الدكتورة عائشة الويزي

خارجة كلية الطب بالرباط

علوم أمراض السكري

من كلية الطب بمونبولي بفرنسا

Casablanca, le

10. 05 23

Nom du Malade

M<sup>me</sup> RAYOUNI HAKIMA

1/ SERPEN 800 2 ps  
74,80 x 2

1 cp x 2 y x 10

2/ SURGAM 200mg  
55,40 1 cp x 2 y x 10

3/ Ixor 200mg

73,80 DH 1 cp x 10

4/ Tardyferon  
40,50 DH 1 cp x 10

5/ LOCATOP  
300DH 2 ps x 10

6/ DAKTARIN  
53,00 2 ps x 10

7/ Aspiric 800  
27,20 DH 1 cp x 10

429,5 DH

LOT: 05222016  
PER: 06/2025  
PPV: 77.80 DH

LOT: 05322013  
PER: 06/2025  
PPV: 74.00 DH

LOT: 20E040  
PER: 10/2023  
SURGAM 200MG  
CP SEC B20  
P.P.V.: 55DH40  
6 118000 060857

LOT: 310341  
PER: 01/2025  
Tardyferon® 80mg  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

LOT: 22E006  
PER: 01/2025  
LOCATOP 0,1%  
CREME T30G  
P.P.V.: 30DH00  
6 118000 012061

Dr. ELOUIZI Aïcha  
Diabétologue  
Hay El Oulfa, Bd Oum Rabie  
Al Firdaouss GH 1 T12 - Appt 1  
Casablanca 93 89 06

Maphar  
Km 10, Route Catière 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V.: 53,00 DH  
6 118001 180745

LOT: 22E006  
PER: 08/2024  
ASPEGIC 500MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 27DH20  
6 118000 061090

الولفة، شارع أم الربيع - الفردوس عمارة T12 - شقة رقم 1 GH 1 B 1 - الدار البيضاء

ELOULFA, Bd Oum Rabie - Al Firdaouss GH 1B - Imm T 12 - Appt 1 - Casablanca

Tél. : 022.93.89.06 : الهاتف / Autorisation : 10062 / 91