

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- Reclamation : 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° W21-799539

par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>2788</b>	Société : <b>RATI</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<b>(67254)</b>
Nom & Prénom : <b>Tazi OUAFAZ</b>			
Date de naissance : <b>13/03/1957</b>			
Adresse : <b>60 RUE QUEEN ELIZABETH BEETHOVEN MARHOUZA TEMLARA PLAGE</b>			
Tél. : <b>0662 11 61 41</b> Total des frais engagés : <b>305,20</b> Dhs			

Autorisation CNP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>Docteur Anis BOUZZAZOUI</b> <b>Oto Rhinolaryngologue</b> <b>Spécialiste du Vertige</b> <b>42, Rue Mourabitine, 1er Etage</b> <b>Appt. N° 4, Hassan - Rabat</b> <b>Tél : 05 37 20 30 00 - 05 37 20 30 01</b> <b>CE : 001649000000097</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>09 MAI 2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Tazi OUAFAZ</b> Age : <b>13/3/57</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Vertige sur boule vasculaire</b>			
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 : **09/05/23 RABAT**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **09 / 05 / 2023**

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-799539	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : **2788**  
Nom de l'adhérent(e) : **Tazi OUAFAZ**  
Total des frais engagés : **305,20**  
Date de dépôt :

## RELEVE 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
05 MAI 2013	CS		gratuit	INF: 0016490000000007 Docteur Anis BOUAZZAOUI Oto Rhinolaryngologue Spécialiste du Vertige 10 Avenue de la République, 1er Etage

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
armacie du Maroc Central Dr. KHALID IDER 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 27 82 INPF : 102041019	09/05/23	305,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHÉRENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

		INSTITUTION													
		H	G												
<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433562</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		25533412	21433562	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
25533412	21433562														
00000000	00000000														
D	G														
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		MONTANTS DES SOINS													
		DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



or 20 minutes. Rabat, the 9 MAI 2023.  
Muhammad Tariq

09105123  
45265 .21.00 x 1

No dep song

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Ilot. 17, Lot. 4, Sérieur 8, Hay Riad  
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82  
INPE : 102044010

78,00x1  
B2  
1.

Naevaeille

1/2 CP. matin

✓ ~~14~~ 15 ideas.

~~140,00 × 1  
Geldes 20 weg  
1 gelule 2 x~~

T = 305, 20

Pharmacie du Mail Central  
DHALID IDER  
N° 17, Lot 4, Sector 9, Hay Riad  
Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82  
WAP: 183041019

LOT: 23E001V  
PER: 12/2025  
BETASERC 24MG  
CP B30  
P.P.V: 78DH00

Pharmacie du Mail C  
Dr. KHALID IDER  
llot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay  
Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82  
INPE : 102041019

112 4P Lessor

NAUTAMINE 90MG  
CP SEC B20  
P.R.V : 16DH20  
LOT : 22EN01  
PER.109 2027

5 118800 013266

Docteur Anis BOUAZZAOUI  
Oto Rhinolaryngologue  
Spécialiste du Vertige  
42, Rue Mouarabitine, 1er Etage  
Appt. N° 4, Hassan - Rabat  
Tél : 05 37 20 60 79-GSM : 08 61 61 41 10

42, Rue Mourabitine, 1<sup>er</sup> étage, appt n°4, Quartier Hassan, Rabat 10020  
(face aux Centre Chèques Postaux; au dessus du Super Marché Label'Vie Hassan)  
Fixe : 05 37 20 60 79 - Portable : 06 61 61 41 10 - E-mail : drbouazzaouianis@gmail.com  
ICE 001649000000097 - INPE 101164432 - IF 14494556



56 gélules

OEDES 20mg

56 x

حبيبات صمامات العصارة المعدية في برشامات



20 من  
عن طريق القلم



أوهيرازول

مَكَانٌ

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

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

1201006/02

## NO-DEP® 50mg

## Sertraline

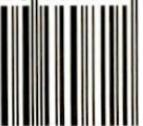
**INDICATIONS ET POSOLOGIE**  
Se conformer à la prescription du médecin.  
**CONDITIONS D'EMPLOI**  
Voit notice à l'intérieur.  
Voie orale.  
**CONDITIONS DE CONSERVATION**  
A conserver à une température ≤ 30°C.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.

دعاي الإستعمال والمقدار  
التزموا بوصفة طبيعي التزاماً دقينا  
**شروط الاستعمال**  
أنت إلى التشتت داخله  
عن طريق المم  
**المحافظة**  
يختفي بهذا الدواء في درجة حرارة نقل  
لا تزيد عن 25 درجة مئوية في متناول الأطفال

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 30 مئوية أو تعادلها  
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

CiplaMroc

118000050872



15 cps pellicules sécables

مساهم الترخيص : ميلاد المغرب  
ص.ب. 4491 - 11850 - Ain Aouda - Maroc - المغرب  
يصنع من طرف : معهد الصيدلة  
Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc  
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc  
Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**يجب احترام المقادير المحددة**  
**SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I**

## Composition

**Composition**  
 سترالين Chlorhydrate (DCI) ..... 50mg ..... 50 مغ  
 كلوبريدرات السيرترالين ..... 50mg ..... 50 مغ  
 Excipients ..... g.s.p 1 comprimé ..... 1 قرص  
 مسحوق ..... 1 قرص ..... 1 قرص

# NO-DEP® 50mg

## Sertraline

## 15 Comprimés pelliculés sécables

LOT: 401  
PER: SEP 2024  
PPV: 71 DH 00

CiplaMaroc