

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039700

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1704 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL AMRI Bouazzaoui  
Date de naissance : 01/01/1952  
Adresse : Residence Tadamoune RB N 38 OULFA CASA  
Tél. : 06 62 63 61 48 Total des frais engagés : 1867,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

SAIDI Marwen  
Médecin Interne  
MUPRAS

Date de consultation : 10/07/2023  
Nom et prénom du malade : EL AMRI Bouazzaoui Age : 71 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète  
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 : 10/07/2023  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10/7/23		c	08h	SAIDI Marwen Médecin Interne CHU. Boukaddouja

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Daoura Oujda - Casablanca Tel: 05 20 00 25 95	10/07/23	1867,10 PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd Oued Daoura Oujda - Casablanca Tel: 05 20 00 25 95

# 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.

0044091

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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	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"/>										

0044091

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**SAIDI Harwen**  
Méd. Interne  
CHU de Casablanca

Le: 10/07/2023

M<sup>r</sup> EL AMRI Bouazzaoui

**ORDONNANCE**

78,70

(SV)

1/ Diamicon 60mg  
1cl/jour le matin

390,00

2/ Galvus Met 60mg/1000mg

579,00

3) Toujeo soloStar  
10 unités le soir à 22h

4) Metformine Win 1000mg  
1cl midi et so

5/ Bandelettes glycémiques on call  
(4 x 150,00)

5280

6/ Prazo 20mg  
1g/le soir

87,00

7/ Relaxium 300mg

6<sup>n</sup> 118001 " 031092 "

**GALVUS MET<sup>®</sup> 50 mg/1000 mg**  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

TOUJEO 300 UI, sol inj

solo b3 st

P.P.V. : 579,00 DH

118001 082223

PPV	21DH0	PPV	21DH0
PER	03/26	PER	03/26
LOT	M1018	LOT	M1018

PPV	21DH0	PPV	21DH0
PER	03/26	PER	03/26
LOT	M1018	LOT	M1018

(SP)

PPV: 52DH80  
PER: 06/25  
LOT: M218-2

LOT: 220753  
DLUO: 10/2025  
87,00 DH

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadi  
334, Bd. du 20 Mars  
Oufia - Casablanca  
Tel: 05 20 00 25 95

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadi  
334, Bd. du 20 Mars  
Oufia - Casablanca  
Tel: 05 20 00 25 95



# PHARMACIE NAGUIB

NAGUIB NADIA  
Docteur en Pharmacie

334, Bd. Oued Daoura  
Lotissement Chahdia  
Hay EL OULFA  
Tél. : .....  
Patente N° 360 194 05  
CASABLANCA



# صيدلية نقيب

نادية نقيب  
دكتورة في الصيدلة

334، شارع واد الدورة  
تجزئة الشهيد، حي الألف  
الهاتف : .....  
الباتنتا رقم : 360 194 05  
الدار البيضاء

Casablanca, le 10-07-23

M. ELAHR: Boudagui Doit :

Nombre	DESIGNATION	P.U.	Total
4	Bandelettes Glycemie en coll plus	150,00	600,00
ARRETEE LA PRESENT FACTURE A LA SOMME DE SIX CENT DIRHAMS			
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd. Oued Daoura Hay EL OULFA - Casablanca Tél: 05 25 80 25 95			
CNSS: 2589028 R.C: 257966 Patente: 36019405 I.F: 51508608 ICE: 001085806000033 INPE: 092044502			
PHARMACIE NAGUIB Dr Naguib Nadia 334, Bd. Oued Daoura Hay EL OULFA - Casablanca Tél: 05 25 80 25 95			