

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-663364

172481

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6469	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MAHMOURI Rachida
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661382978 Total des frais engagés : 3062,70 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age:	
Nature de la maladie :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 WATAN BAILAL DAR DO AZZ KOUCH 51.022-05.52.34 51.022-05.52.30	18/03/2023	3062.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Khadija CHERKAOUI ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE  
OBÉSITÉ - NUTRITION

Médecin Chef du centre régional  
de Diabétologie

LOT : 230728  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

Sur rendez-vous

## الدكتورة خديجة الشرقاوي زهوانى

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد  
السمنة - التغذية

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الجامعي  
لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

13 - 3 - 2013

MADMOOKI RACHID

$$13,90 \times 3 = 40,20$$

$$\text{LevTh} \times 3 = 50 \text{ mg}$$

$$82,10 \times 6 = 492,60$$

$$500 \text{ mg}$$

$$479,00 \times 3 = 1437,00$$

$$479,00 \times 3 = 1437,00$$

$$72,10 \times 3 = 216,30$$

$$27,10 \times 3 = 81,30$$

$$(R) 27,10 \times 3 = 81,30$$

$$54,80 \times 3 = 164,40$$

$$164,40 \times 3 = 493,20$$

$$164,40 \times 3 = 493,20$$

LOT : 221779  
EXP : 11/2025  
PPV : 57,80DH

Résidence Ofok - Bd Oum Kâbil - ouffa - Hay Hassani - Casablanca

( رقم 100 لفحة الافق - شارع أم الربيع - الدار البيضاء )

Sur Rendez-vous

Tél.: 05 22 89 79 34

نون: 05 22 89 79 34

3062,70

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

LOT : 230728  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

SIDI BOUZIANE WARYINI  
PHARMACEUTICAL OUMRAOUE  
LAHLAL - SIDI KOU  
DAAR JED AZZA  
TEL: 021 - 98.52.5  
FAX: 021 - 98.52.5

207,00 207,00 207,00

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280  
Cardiospirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013  
Levothyrox® 50µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 13,40 DH

7862160336

Titulaire de l'AMM:  
Laprophan  
21 Rue des Oudaya,  
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 82,00 DH

Titulaire de l'AMM:  
Laprophan  
21 Rue des Oudaya,  
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 82,00 DH

Titulaire de l'AMM:  
Laprophan  
21 Rue des Oudaya,  
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg  
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 82,00 DH

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00

6 118001 041084  
Jardiance 25 mg  
(Empagliflozine)  
30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 479 DH 00



# PHARMACIE AL OUMRANE



FACTURE N° : 028/2023

Client : Mahmouki Rachida

Date : 16/08/2023

Désignation	Quantité	P.U	Total TTC
Glucovance 1000 mg/5	6	82.00	492.00
Jardiance 25 mg cp	3	479.00	1437.00
Detensiel 10 mg cp	3	72.00	216.00
Cardioaspirine cp	3	27.70	83.10
Triatec protect 10 mg cp	3	207.00	621.00
Levothyrox 50 mg cp	3	13.40	40.20
Costal 10 mg	3	57.80	173.40
Total TTC			3062.70

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Trois mille soixante-deux Dhs et 70 Cts TTC,



Route Côtière Dar Bouazza Casablanca

Tél : 05 26 99 66 29

Patente: 32973400 - CNSS : 6289939 - RC : 29755 - ICE :000491000000087

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : M A H M O U K I F A T E H I D A

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : N° INPE : INP : 091013417

Certifie que Mlle, Mme, M. : M A H M O U K I F A T E H I D A

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

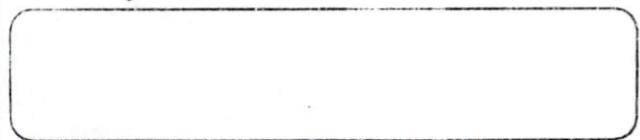
Traitements prescrits :

Diabète - ITM Dr. Khadija CHAABANI - ZAHIA  
Spécialiste Endocrinologue  
Diplômée en Médecine et Santé publique  
N° 22897834

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 16/03/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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