

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-663364

172481

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6469 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAHMOUKI Rachida  
 Date de naissance : 05/12/1961  
 Adresse : 04 OP. Ocean Bay - Appt K03  
 GHG - DAR BOUAZZA  
 Tél. : 0661382978 Total des frais engagés : 3062,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant  
 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 : 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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/08/23	3062,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

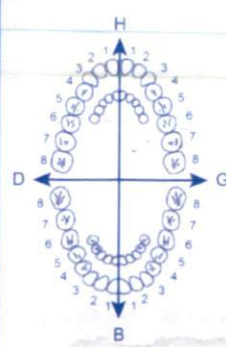
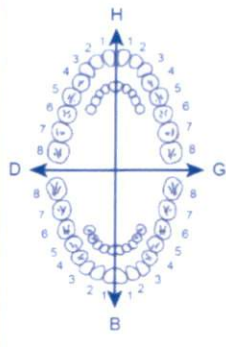
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>               H                25533412                00000000                D             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                35533411                B             </div> </div>			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"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Khadija CHERKAOU ZAHOUANI

ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE

OBESITÉ - NUTRITION

Médecin Chef du centre régional

de Diabétologie

Sur rendez-vous

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

الدكتورة خديجة الشراكاوي زهواني

اختصاصية في السكري و أمراض الغدد  
السمنية - التغذية

طبيبة رئيسة سابقا بالمركز الجهوي  
لأمراض السكري

بالموعد

Casablanca, le :

MAHMOUKI Rachid

$$134 \times 3 = 402$$

$$821 \times 6 = 4926$$

$$479 \times 3 = 1437$$

$$204 \times 3 = 612$$

$$721 \times 3 = 2163$$

$$271 \times 3 = 813$$

$$548 \times 3 = 1644$$

Residence Ofok - Bd Oum Kébil - Souf - Hay Hassani - Casablanca

رقم 100 القنطرة الأفق - شارع أم الربيع - الأمانة - الدار البيضاء

Sur Rendez-vous

Tél.: 05 22 89 79 34

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

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

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

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

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

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

PHARMACIE WARYNI  
PHARMACIE AL OUMRANE  
LAHLAL - BAR KOL  
DAR JAZZA  
Tél: 021 - 99 - 52 - 5  
Fax: 021 - 99 - 52 - 5

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

6 118001 090280

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

6 118001 090280

207,00 207,00 207,00





# PHARMACIE AL OUMRANE



**FACTURE N° : 028/2023**

**Client : Mahmoudi 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**



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom : **MAHMOUD RAHMAN**

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. : **MAHMOUD RAHMAN**

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 :

Traitement prescrit :

**Diabète - HTA - 23/05/2022**  
**Dr. Khedidja CHERRAD ZAHUAN**  
**Spécialiste Endocrinologue**  
**Residence Al Oum Rabia, Bd Oum Rabia**  
**Tel: 22 89 79 34**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **15/05/2022**

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 garantit la confidentialité des informations communiquées