

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0043658

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILAL HAKIMA

Date de naissance : 11/16/3

Adresse : 119 B-2 BAAHIA ROUDANI IV-L Ap.20

Tél. : 0661178650 Total des frais engagés : 840,804 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/19

Nom et prénom du malade : HILAL HAKIMA Age :

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

Nature de la maladie : 6ème année

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 : / /

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
21/10/19				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL FATH N° 6 Rés. 24 Al Fath Quartier Beauséjour Ain Sebia Casablanca Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 21 62 E-mail: aliaaf@yahoo.com	21/10/2019	790.40
	21/10/2019	266,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/10/19	vacuun bogo	50,40

# AUXILIAIRES MEDICAUX

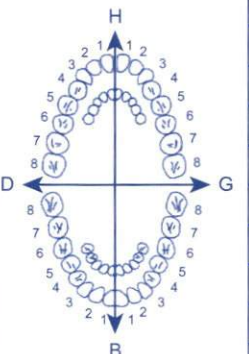
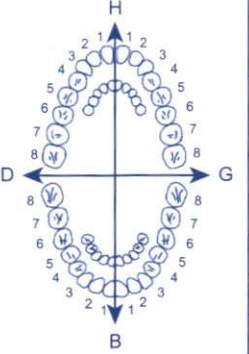
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Casablanca, le : 21/10/19

**ORDONNANCE**

Docteur : A - MEDAKARI NA

76.90 x 2

1) Sebacid. 200



49.80 x 2

2) f. l. 1500 (28)

صيدلية بيت الفتح  
PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 6085 - Bd. Al Fath - Quartier Bensouda  
Ain Sebaa - Casablanca  
Tel: 05 22 44 45 53 Fax: 05 22 44 45 52  
Email: alfaaf@yahoo.com

14.0 1 v 2 210

3) Doloprine 1000



19 x 3/0

Pr. M. TIOU C. Naouta  
Professeur Agrégé  
Néphrologue - Dialyse  
Transplantation Rénale  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

266,0





Casablanca, le : 21/10/18

**ORDONNANCE**

Docteur : Dr. HILLA KARINA

196.50 x2

1) Sepren 500 S.V

168.20 x2 Gr x 2 / Or 10J

2) Augmentin 1G S.V

30.50 x2 1 / 2 x 2 / Or

3) Imodium S.V 1 / 2 x 3 / Or

790,40

PHARMACIE DAVID  
N° 6 Rue Bay Al Fann Souk el Beausse  
Madinat Al Fann Casablanca  
Tel: 05 22 34 47 55 Fax: 05 22 66 44 62  
Email: alliance@dauid.com

Dr. Naoufal C. Naoufal  
Professeur Agrégé  
Néphrologie - Dialyse  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Ansarine-Rue  
Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**Selexid® 200 mg**  
comprimé pelliculé  
Boîte de 12 comprimés

023581-02  
033039

6 118001 200542

PPV: 76 DH 90

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC  
Quartier Ansarine-Rue  
Amyot Inville  
BP 10877 CASABLANCA-MAROC  
**Selexid® 200 mg**  
comprimé pelliculé  
Boîte de 12 comprimés

023581-02  
033039

6 118001 200542

PPV: 76 DH 90

**AUGMENTIN** 1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 614284  
PER: 10/20

**AUGMENTIN** 1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
...كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 614284  
PER: 10/20

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V: 49DH80

LOT: 9MA160  
PER: 01/2024

6 118000 060062

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V: 49DH80

LOT: 9MA160  
PER: 01/2024

6 118000 060062

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V: 30DH50

LOT: 19E001V  
PER: 08/2024

6 118000 010845

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V: 30DH50

LOT: 19E001V  
PER: 08/2024

6 118000 010845

LOT: 60913011  
PER: 08-2022  
PPV: 137,50 DH

196,50

LOT: 60913011  
PER: 08-2022  
PPV: 137,50 DH

196,50

**SEPGEN 500 mg**  
CIPROFLOXACINE

SEPGEN 500 mg  
10 Comprimés

6 118000 230182



Casablanca, le : .....

**ORDONNANCE**

Docteur : ..... *D. e. HADA KANIDA* .....



*Vaniguyre*

*1000*

*Pr. MTIOUI C. Maoufa*  
Professeur Agrégé  
Néphrologie - Dialyse  
Transplantation Rénale  
CHU Ibn Rochd - Casablanca



Institut Pasteur  
du Maroc

معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة  
Facture

1, Place Louis Pasteur Casablanca 20360  
Tél: +212 (0) 522 43 44 50 / 63 - Fax: +212 (0) 522 26 09 57  
E-mail : pasteur@pasteur.ma - Web : www.pasteur.ma  
ICE : 001594848000023 - IF : 1085828 - Patente : 36340200

Date	Code client
22/10/2019	A203967

Facture : FC/MED / 2019-035638

HLILA

HAKIMA

Mode de règlement : Espèces

Préstation	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Prix HT
Acte Vaccinal	1,00	4,67	0,00	4,67
Vaccination antigrippe	1,00	42,32	0,00	42,32

Total HT	46,99
Montant TVA(7%)	3,29
Frais timbre(0.25%)	0,13
Total TTC	50,40



IP

IF:01085828

PATENTE:36340200 ICE:001594848000023