

## 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 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

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

M22- 0017594 20683

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6992 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JISMANI AHMED

Date de naissance : 25-01-59

Adresse : RES ELFAJR

Tél. : 0675592651 Total des frais engagés : 3.00 + 49.5 + 547 + Dhs 253,60

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2024

Nom et prénom du malade : ATTIAH BAHJA Age : 1975

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 17/05/24

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

26/04/24		C2	#300 #	
14/05/24		LS	60	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE BLOC "C" CHOFFRANE N° 2 N° 116 Bloc (C) 9 Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca	26.4.24 14.5.24	547,16 NPE: 253,60 092029248
--	--------------------	------------------------------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES d. Imam Chafii N° 7, lot. 2 Odis. Alhomadia Hy El Qods Sidi Bernoussi Casablanca	15/05/24	B 450	495,00 DH
--	----------	-------	--------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

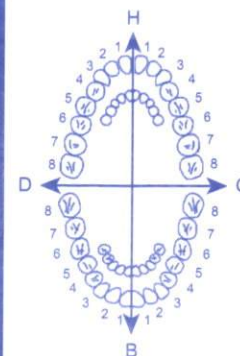

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

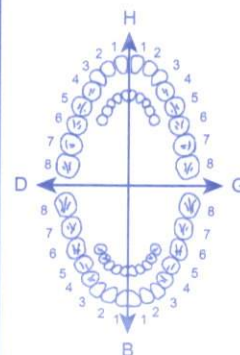
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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. TAHRIR YASSINE**

Spécialiste en Neurochirurgie



**د.التحرير ياسين**

أخصائي في أمراض وجراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري

PHARMACIE BLOC "C"  
GHOPHANE  
Rue 2 N° 1 le Bloc (C)  
Q Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

## ORDONNANCE

Nom & prénom : Attouf Rahja Fait, le 26/04/24

87.00

1/ Reloxin 300mg

26.90

2/ Yitonding 100mg

30.00

3/ Kalmanor 400mg

20.60

4/ Abel 200mg

شارع رياض (شارع محمد السادس)، تجزئة الوحدة، العمارة 616، الطابق 3، الشقة 5، المحمدية

Bd. de Riyad (bd. Mohammed VI, Lotissement Al Wahda, Imm. 616, El Alia, Etg. 3, Appt. 5, Mohammédia)

☎ 05 23 315 106 **URGENCE : 06 66 975 744** ✉ [artahrir.yassine@gmail.com](mailto:artahrir.yassine@gmail.com)



57. Uveden 100.00 u.t.

Aug 15, 1944 - 2 mos

12760

6/- Alyse 2 Aug

217

7/- add hay

547.10

PHARMACIE BLOC "C"  
GHOFRANE  
Rue 2 N° 146 Bloc (C)  
O Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

*(Signature)*

LOT : 231042  
DLUD : 12/2026  
87.00DH

atoires Deva Pharmaceutique  
OUAJDI Pharmacien Responsable

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Q1,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UYELOSE 100 000 U/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 18,20 DH  
  
6 118001 185030

Maphar  
Ed Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 18,20 DH



6 118001 185030

Maphar  
Bd Aikimia N° 8, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 18,20 DH

Maphar  
Bd Alklima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 18,20 DH

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

Exp.:

PPV : 127 DH 60

nmeij

INT-230890

DL 110: 10.20.26

39.000H

PPV

LOT

PER

PPV

LOT

PER

7060

COOPER PHARMA

PPV: 92,50 DH





## ORDONNANCE

Nom & prénom :

Attigui Bojiye

Fait, le :

14/05/24

PHARMACIE BLOC "C"  
GHOFRANE  
Rue 2 N° 116 Bloc (C)  
Q Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca

12760  
4-Alyse 20mg

39.00

1 - 0.7

20 mg

4. Reliance (p)

87.00

2 cp 7.5 le jour 20 mg

4. Reliance 300mg

253.60

شارع رياض محمد السادس، تجزئة الوحدة، العمارة 616، العالية، الطابق 3، الشقة 5، المحمدية  
Bd. de Riyad (bd. Mohammed VI, Lotissement Al Wahda, Imm. 616, El Alia, Etg. 3, Appt. 5, Mohammédia)

05 23 315 106

URGENCE : 06 66 975 744

dr.tahrir.yassine@gmail.com



Lot.:  
Exp.:  
PPV : 127 DH 60

LOT : 230890  
DLUO : 10/2025  
39,00DH  
Laboratoires Deva Pharmaceutique  
OUAIDI Pharmacien Responsable  
T  
LOT : 231042  
DLUO : 12/2026  
87,00DH  
Laboratoires Deva Pharmaceutique  
OUAIDI Pharmacien Responsable



**Dr. TAHRIR YASSINE**  
Spécialiste en Neurochirurgie



**د.التحرير ياسين**  
أخصائي في أمراض وجراحة الدماغ  
والأعصاب والعمود الفقري

## ORDONNANCE

Nom & prénom : .....

Behja Attou

Fait, le .....

14/05/2024

Vit

Dr. TAHRIR Yassine  
Neurochirurgie

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. AMACHKE Abdelaziz

شارع رياض (شارع محمد السادس)، تجزئة الوحدة، العمارة 616، العالية، الطابق 3، الشقة 5، المحمدية  
Bd. de Riyad (bd. Mohammed VI, Lotissement Al Wahda, Imm. 616, El Alia, Etg. 3, Appt. 5, Mohammédia)

☎ 05 23 315 106

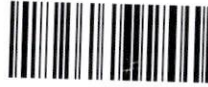
**URGENCE : 06 66 975 744**

✉ drtahrir.yassine@gmail.com





HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE  
VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE



INPE: 093064640

**FACTURE N° 5430/24**

CASABLANCA le  
Nom et prénom  
Date de prélèvement  
Référence  
Médecin prescripteur

15/05/2024  
MME ATTIOUI BAHJA EP JISMANI  
15/05/2024  
22F59  
Docteur TAHRIR YASSINE

Code	Acte de biologie demandé	Cotation (B)
B439	VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
Total du (B)		B 450
Prise de sang (PC)		0,00 DH
Montant en DH		495,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: QUATRE CENT QUATRE-VINGT QUINZE DIRHAMS

LABORATOIRE C.B.A.  
D'ANALYSES MEDICALES  
d. Imam Chafii, N°7, Lot. 2  
otis, Alhamadia Hy El Qods  
Bernoussi Casablanca

IF: 50146265 -- ICE: 002767647000003 -- INPE: 093064640



HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE  
VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

Prélèvement du : 15/05/2024 à 17:17

Résultats édités le: 16/05/2024



MME ATTIOUI BAHJA EP JISMANI

Dossier N° 22F59

Prescripteur: Docteur TAHRIR YASSINE

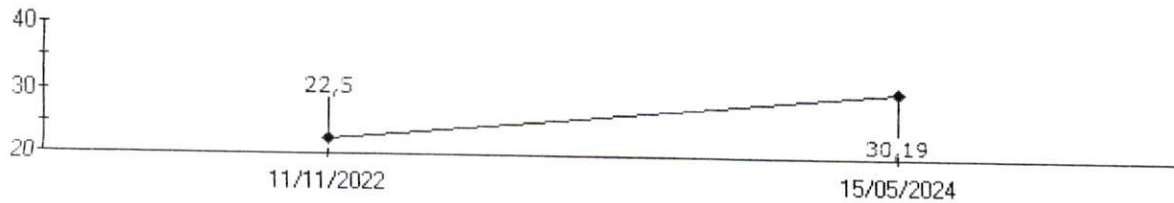
Page: 1/1

### VITAMINES

(Sur Automates VIDAS , Cobas E411 - Roche®)

VITAMINE D : D2 + D3.....: 30,19 ng/ml  
(ELFA - VIDAS Biomérieux) 75,48 nmol/L

Antécédent du 11/11/22 - 08:57 : 22,50 ng/ml



Valeurs de référence de la 25-(OH)-vitamine D selon les recommandations de GRIO

	ng/mL	nmol/L
Carence vitaminique D	: < 20	< 50
Insuffisance vitaminique D	: 20 à < 30	50 à < 75
Taux recommandés	: 30 à 100	75 à 250
Possible intoxication vitaminique D	: > 150	> 375

Demande validée biologiquement par: Dr. Abdelaziz AMACHKI

Total de pages: 1