

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.



Déclaration de Maladie

M23-0022505

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 1247 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
Nom & Prénom : Zineb THAILI
Date de naissance : 24/02/48
Adresse : Hay Oulga Missini Rue 22 N18/20
Tél. : 0661478487 Total des frais engagés : 14697,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :
Date de consultation : /
Nom et prénom du malade : Zineb THAILI Age : 75
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cirrhose hépatique
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 : CASABLANCA Le : 07/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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 traitement des Actes
05/12/2023	Voir Facture		13500,00	
07/12/2023	N° 9054			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/12/2023	250,90 DH
	07/12/2023	947,80 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

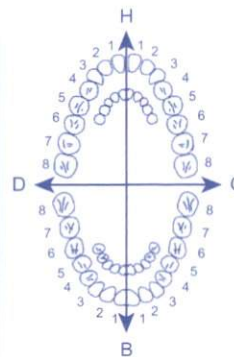
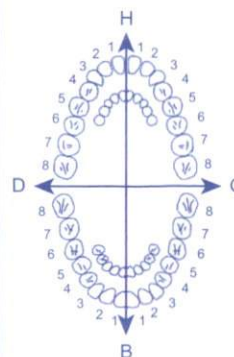
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				CCEFFICIENT 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE HAMDANI

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

F A C T U R E

N° : 9054 / 2023 du 07/12/2023

Nom patient **THAILI ZINEB**
PAYANT

Entrée 24/11/2023
Sortie 07/12/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SURVEILLANCE MEDICAL	7,00	RELIQUAT	400,00	2 800,00
SURVEILLANCE SOINS INTENSIFS	6,00	RELIQUAT	1 200,00	7 200,00
			Sous-Total	10 000,00
Total Clinique				10 000,00

DR. GOUNAJJAR MAHFOUD (nephrologie)	1,00	H	400,00	400,00
DR. QECHCHAR ZAKARIA (cardiologue)	1,00	H	400,00	400,00
DR. BERRADA MALIKA (neurologue)	1,00	H	400,00	400,00
PR. HARAJ NASSIM ESSA (endocrinologie)	2,00	H	400,00	800,00
DR. EL GRAOUI OMAR (hematologie)	2,00		500,00	1 000,00
DR. MELLAH (gastrologue)	1,00		500,00	500,00
			Sous-Total	3 500,00
Total Autres prestations				3 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TREIZE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total 13 500,00



CLINIQUE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/12/2023 Références 9 054 / PAYANT
Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 07/12/2023

Le Dr. GOUNAJJAR MAHFOUD
présente à Mme THAILI ZINEB
sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS
et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR
Médecin Néphrologue
Hémodialyse Hypertension Artérielle
Tél: 06 11 11 84 17 - INPE: 031172748

Cachet et signature

CLINIQUE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/12/2023 Références 9 054 / PAYANT
Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 07/12/2023

Le Dr. QECHCHAR ZAKARIA
présente à Mme THAILI ZINEB
sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS
et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

CLINIQUE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/12/2023 Références 9 054 / PAYANT
Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 07/12/2023

Le Dr. BERRADA MALIKA
présente à Mme THAILI ZINEB
sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
400,00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS
et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. BERRADA MALIKA
Neurologue-Explorateur
Neurophysiologistes

Cachet et signature

CLINIQUE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/12/2023

Références

9 054 / PAYANT

Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 07/12/2023

Le Pr. HARAJ NASSIM ESSABAH

présente à Mme THAILI ZINEB

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800,00 Dhs HUIT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Haraj Nassim ESSABAH
Professeur d'Endocrinologie
Endocrinologie et Métabolisme
INPE: 091236182

Cachet et signature

CLINIQUE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/12/2023

Références

9 054 / PAYANT

Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 07/12/2023

Le Dr. EL GRAOUI OMAR

présente à Mme THAILI ZINEB

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs MILLE DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Cachet et signature

CLINIQUE CASABLANCA

NOTE D'HONORAIRES

Le : 07/12/2023

Références

9 054 / PAYANT

Entrée / Sortie : 24/11/2023 - 07/12/2023

Le Dr. MELLAH

présente à Mme THAILI ZINEB

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
500,00 Dhs CINQ CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Abdelhak MELLAH
Gastro Entérologie
261, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 05 22 85 26 20 - 05 69 05 78 34

Cachet et signature

DUPHALAC 10G/15ML
SACHET 820
P.P.V: 710H40
LOT: 388427
PER: 02 2025



LOT: 23E001
PER: 01 2027
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V: 34DH60
1180001060468



HIBOR® 3500 UI/0,2 m
Bémiparine sodique
2 seringues



HIBOR® 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique
2 seringues



MEDIZAPIN® 5mg
30 comprimés



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al nouari roches
notres casablanca
INEXTUM
Cp GR
40 mg
Bottle 14
6 118001 170029

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier brou al nouari roches
notres casablanca
INEXTUM
Cp GR
40 mg
Bottle 14
6 118001 170029

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V: 41DH80
LOT: 23E004
PER: 01 2026



Megaflor® 500 mg
10 Comprimés pelliculés



ALDACTONE 50® mg

P.P.V: 56,80 DH



ALDACTONE 50® mg

P.P.V: 56,80 DH





Casablanca, le

07/12/2023

Lamia DIOURI
Pharmacienne
Rue 24 - Casablanca
Cité Maâni
05 22 90 05 20

ORDONNANCE

Nom :

M. TAZI

Prénom :

Zineb

2x 123,60

1/ Inexin 400 mg



1 - 0 - 1 p.k 2

Plus 1 - 0 - 0 p.k 1 min

71,40

2/ Duphalar 200 = 285 - 2 - 2



2x 98,50

3/ Hiber 300 = 100; 5 kens



74,80

4/ Migralex 500 = 1 - 0 - 0



2x 56,80

5/ Aldactone 500 = 0 - 0 - 0



34,60

6/ Cortine 400 mg = 1 - 0 - 0



141,80

7/ Aillocabyl 400 = 1/2 - 0 - 2



167,40 M. 400 mg = 1 - 0 - 2



5/1/02

Lamia DIOURI
Pharmacienne

Dr. EL OURZADI
Anesthésiste

Casablanca
Quartier La Famille
Maâni, Casablanca
05 22 90 05 20

Dr. EL OURZADI
Anesthésiste-Réanimateur

RECEPTION



Casablanca, le 05/12/2023

ORDONNANCE

Nom : THAÏRI

Prénom : Zineb

15850

1) Solustar

22 UI le matin

9840

2) Apidra

Lamia DIOURI

Pharmacienne
Pharmacie : El Hay Hassani
Rue 24 Angle Rue 12 N° 1
Cité Mischim - Casablanca
Tél : 05 22 20 05 29

16 UI le matin (avant
14 UI à midi (avant déjeuner)
10 UI le soir (avant dîner)



3) Aiguilles Microfines 6 mm

250go

Dr. Haraj Nassim Essabi
Professeur Agrégé
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
NPE: 091236182

مصحة
الدار البيضاء

مصحة متعددة الاختصاصات



Clinique
Casablanca

Clinique Multidisciplinaire

NOTE D'HONORAIRE

N° 0214

Nom et Prénom :

Anne Thaili Zinel

Organisme :

Diagnostic :

Anémie + SIDA (BON)

Honoraire :

1000,00 DHS

Date :

06/12/23

Dr. Omar EL GRAOUI
HÉMATOLOGIE CLINIQUE
ADULTES ET ENFANTS

342, Bd. Ghandi et Rue Anglo Rue Cléry
N° 3, Les Eucalyptus - Oasis - Casablanca

Tel : 0522 22 78 56 - 55 - E-mail : contact@cliniquecasablanca.ma

E-mail : omar.elgraoui@gmail.com

مصحة
الدار البيضاء

مصحة متعددة الاختصاصات



Clinique
Casablanca

Clinique Multidisciplinaire

NOTE D'HONORAIRE

N° 0201

Nom et Prénom :

JY THALLI Zineb

Organisme :

Diagnostic :

CS + Echocardiographie

Honoraire :

Dr. QECHCHAR Zakaria
Date : 28/11/2020
Cardiologue

Angle Rue Batinia et Rue 93, Quartier de la Famille française Derb Ghallef CASABLANCA
Tél. : 05 22 92 28 28 (L.G) - Fax : 05 22 23 81 55 - E-mail : contact@cliniquecasablanca.ma
www.cliniquecasablanca.ma