

## 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

- Reclamation : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-575827

48900

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8140 Société : R.A.M.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL ALAMA MOONIR  
 Date de naissance : 15-06-70  
 Adresse : Residence Le Cuvr, Rte mly Thami N°35 Casa  
 Tél. : 06 67 27 57 44 Total des frais engagés : 167150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2020  
 Nom et prénom du malade : EL ALAMA MOONIR Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Syndrome grippal  
 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 : CASA Le : 25/11/2020  
 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
05/11/20	-		250 DH	
07/11/20	CTR	GT		

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
08/11/20	821,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
6/11/20	PST	200	600 DH

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 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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





Bennouna

Générale

aphie

etologie

cologie

Obésité

ssment Spécialisé



الدكتورة ليلي بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca, le

05/11/2020

في الدار البيضاء،

31880

797044 El Alama

- 24 SV romand 500

Nonvir

rraw 1 cp / J

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. TIR Abdelaziz  
58 Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa

- Biomylase

1480 1 cp / J

- Solostop 1000

2960 1 cp x 31 J

1480 x 2

- Vitamine C 1000

1 cp matin

1 cp à midi

Dr. L. B. BENNOUNA  
Nutritionniste  
11 Mly. Thami Mazola  
Casablanca - Tél: 05 22 93 31 72

7, الطابق السفلي، زنقة 11، مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 31 72

7, Rez-de-chaussée, Angle Moulay Thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca - Tél.: 05 22 93 31 72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com

34000

Zinc



2 gel / J

6330 Ballenmyl

1423 J

= 82150

1700 x 2



Dr. Faïla BENNOUNA  
Médecine G. Echographie  
Nutrition  
7, RDC Rus 11 Mly. Thami Mazola  
Casablanca - Tél.: 05 22 00

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58, Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa

# PHYTO SYSTEM

## ZINC

Aut

Lot :

Exp

PPC

170.00

# PHYTO SYSTEME

## ZINC

Auto. Ministère de la Santé N° : DA

Lot :

Exp :

PPC

170.00

14,80

ملغ 1000

### Ingrédients

Charbon végétal activé (162 mg ),  
gélatine, dioxyde de titane.

### Conseils d'utilisation

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau,  
3 fois par jour à distance des repas,  
en complément d'une alimentation variée et  
équilibrée. Renouveler les prises en fonction  
des sensibilités individuelles.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.  
Complément alimentaire n'est pas médicament.  
Ne pas laisser à la portée des enfants.  
A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT : 200311  
DLUD : 10/2023  
63,30DH

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique  
146-147, Zone Industrielle  
Tit Mellil - Casablanca

PHARMAS

الأوجاع والمشي - للكبار

باراسيتامول  
دولوسيتون

أنراص فواردة  
8

## Composition :

Acide ascorbique .....1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 10 comprimés effervescents.

**AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ**

Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.  
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

**VITAMINE C 1g**

Boîte de 10 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,80 DH



Acide ascorbique .....1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 10 comprimés effervescents.

**AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ**

Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.  
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

Boîte de 10 comprimés effervescents

P.P.V. : 14,80 DH





# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. : 0 8 2 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 5 6 8 4





# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. : 0 8 2 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 5 6 8 4



# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. : 0 8 2 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 5 6 8 4



# زيتروماكس

أزيتروميسين



**3 أقراص / 500 mg**

**ZITHROMAX® 500 mg** ○

3 comprimés



6 118000 250500

79,70

UT.AV. : 0 8 2 0 2 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 5 6 8 4

Dr. Laila Bennouna

Médecine Générale

Échographie

D U Diabétologie

D U Gynécologie

D U Nutrition - Obésité

Programme d'Amincissement Spécialisé



الدكتورة ليلي بنونة

الطب العام

الفحص بالصدى

داء السكري

أمراض النساء

التغذية

تخسيس الوزن بآلات متخصصة

Casablanca le : 05/11/20 : الدار البيضاء في

Tst Covid  
PCR



Dr. Laila BENNOUNA  
Médecine Générale  
Médecine du Travail  
Tél: 0522 42 33 43

7, الطابق السفلي, زنقة 11, مولاي التهامي - مازولا - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.93.31.72

7, rez-de-chaussée, Angle Moulay thami et Rue 11 - Mazola - Casablanca-Tél.: 05.22.93.31.72

E-mail : centre.bennouna@gmail.com - ICE : 001876772000053



Casablanca le, 06-11-2020

**FACTURE N° 000154356****Nom, Prénom du patient :** Mr Mounir EL ALAMA**Date de l'examen :** 06-11-2020**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2011060187**Médecin demandeur :****Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
	Test de dépistage E-Gene et de confirmation de Coronavirus-RdRP-Gene	-	HN

**Total des BHN :** 700**Montant total en chiffre :** 600.04DHS**Montant Total en lettres :** six cents dirham quatre centimes

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction  
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.

101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; **Tel :** +212(0)5 22 42 39 60/55; **Fax :** +212(0)5 22 26 22 09**E-mail :** contact@liab.ma **-site Web :** www.liab.co.ma**IF :** 40432071 ; **CNSS :** 8844103 ; **Patente :** 34720627 ; **N°ICE :** 001663876000025 ; **INPE Biologiste :** 107159782 ;**INPE laboratoire :** 093060846**Banque :** attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , **R.I.B :** 007 780 0002385000302818 20