

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0053742

148606

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8232 Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL DATTARAJI Soufiane

Date de naissance : 23/12/1968

Adresse : MÊME Adresse

Tél. : 06.62.78.21.75 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. J. EZZAHID NACIRI  
Médecine Générale  
Echographie Générale  
181, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél. : 022 200 600

Date de consultation : 29/11/22

Nom et prénom du malade : EL DATTARAJI Soufiane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

29.11.22	Ca	1	1500m
----------	----	---	-------

**Dr. EL EZZAHID F. EL**  
Médicine Générale  
Echographie Générale  
131, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél : 022 200 600

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

29.11.22

380,10

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

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.														
<b>Important :</b> 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

**Important :**

Veillez 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 TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(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. Jamila EZZAHID NACIRI**

**Médecine Générale**

D.E.S d'Echographie Générale  
Médecine du Travail et d'Ergonomie  
Diplômée de l'Université de Rennes

**الدكتورة جميلة الزاهد الناصري**

**الطب العام**

دبلوم الفحص بالصدى  
دبلوم طب الشغل و الأركنوميا  
من جامعة « رين » بفرنسا

Casablanca, le 29 Nove 2022 في الدار البيضاء .

**MR : EL MTRAJI SOUFIANE**

**Ordonnance**

~~15400~~  
levamisole 1g

1g x 21 j

~~4/27~~  
Cabaflavon 10

1g x 31 j

~~1500~~  
Sarantel 1g

1g x 31 j

~~3000~~  
Fluimucil 30

1005 x 31 j

~~5200~~  
Erozol 20

~~3300~~  
lewat 14g

131, شارع عبد المومن ( مقابل عمارة رونو ) الدار البيضاء - الهاتف: 0522 200 600

131, Bd Abdelmoumen (Face Immeuble Renault) - Casablanca. Tél. : 0522 200 600



6/ Numan  
798 - 184.21;

a Imen

Dr. J. EZZAHID NACIRI

Médecine Générale

Echographie Générale

131, Bd. Abdelmoumen - Casablanca

Tél : 022 200 600

LEVAMOX<sup>®</sup> 1g 16 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

PPV 157DH00

LOT 24032 1

EXP 05/2024

PARANTAL<sup>®</sup> 1g

PPV 14DH60

EXP 03/2025

LOT 21025 4

LOT: M22006  
EXP: DEC 2024  
PPV: 45,50 DH

PPV: 52DH80  
EXP: 12/2024  
LOT: 12469-2

**Fluibron<sup>®</sup> 0,3%**  
Ambroxol

LOT: 11034  
PPV: 3.0430

30,00



**Nurax<sup>®</sup>**  
Comprimé

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le:  
PPC: 79,80 DH

220360

05/2025