

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

149133

**Déclaration de Maladie : N° S19-0000956**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9869

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE AZEDDINE Date de naissance :

Adresse : H

Tél. : 0676.87.8357 Total des frais engagés : 2381,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخروجي  
دكتور سعيد الخروجي  
طبيب مصاحب، خبير لدى التفاصيل  
طبيب معايي التفاصيل  
طبيب معايي التفاصيل  
طبيب معايي التفاصيل  
طبيب معايي التفاصيل

Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : Rectalissui Redderi Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rectalissui Redderi

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 : 13/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

### RELEVE 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
11/01/2013	C		200 DT	دكتور سعيد الخروج طبب ملطف خير الدار لبيب طبيب ملطف التهاب 60 قدر مساعدة العي الدار (قدر مساعدة العي الدار) مايو ٢٠١٣ ٩٧٧٩٠٧٠٨٨

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Lot Municipal 1 N°16 Bis Hay Hassani Casab - Tél: 0522 014 457	19.01.23	2481.30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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	25533412	21433552	Coefficient DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	
		00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	G	35533411	11433553	
	B			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

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

طیب محلف

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

جعفر العساف - داعية إسلامي - ندوة إسلامية

1 -	Jaunesuet 50/100g S.A.	19/7	x 6 blets
2 -	Pratexel 3	1-8-1	x 6 blets
3 -	Gardengel 5	19/7	x 6 blets
4 -	Pomme sucrels	14/7	
5 -	Trixik 500	19/8/2f	
6 -	Dureflex	1 aug/15	x 2 mois
7 -	Kaliflorome	19/7	
			الكتور سعيد ولد العمامي
			طبيب مختص في الأمراض النخامية رقم: 60 - العنوان: الدار البيضاء - المغرب التلفون: 02 90 70 666 - الفاكس: 02 90 70 666

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél : 05 22 90 70 88 ; : 05 22 90 70 88 ; E-mail : drazza@gmail.com

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

9200  
AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V: 92DH10  
6 118000 060017  
LOT : 22E001V  
PER : 02/2025

9200  
AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V: 92DH10  
6 118000 060017  
LOT : 22E001V  
PER : 02/2025

9200  
AMAREL 3MG  
CP B30  
P.P.V: 92DH10  
6 118000 060017  
LOT : 22E001V  
PER : 02/2025

MAXIMUS  
PPV 64DH10

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT 1360

LOT 211484  
EXP 04/2024  
PPV 75.00DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22J05  
EXP: 10/2025

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22I27  
EXP: 09/2025

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **MOUSTAHSINE AZEDDINE**

Matricule : **9969**

N° CIN : **BK 10701**

Adresse : **DITE DE LA COMMUNE URBAINE GROUPEL N° 185 Hay Hassani Casab**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : **D'A Saïd GIZALI** Spécialité : **Tr. G.**

N° ICE :

N° INPE : **091069666**

Certifie que Mlle, Mme **(M.) MOUSTAHSINE AZEDDINE**

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**D'A Saïd  
GIZALI**

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**Bilan biologique  
et mesure de la TA**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrit : **Gazumel 50/1000  
Amoxic 3  
Colcend 5**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **19/01/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées