

## 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

N° M21- 0055486

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7388 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : MAJBAR Mohamed  
 Date de naissance : 20.05.1966  
 Adresse : 5, Rue Ibn Cherik el Kairouane  
 2 Mars CASABLANCA  
 Tél. : 0666245726 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Zeroual Youssef  
 Médecine du Sport  
 Maârif Place du Marché  
 Tél : 05 22 25 66 80  
 ICE : 001685877000027  
 Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 27 / 03 / 23  
 Nom et prénom du malade : MAJBAR Kamel Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Maladies du système nerveux :  
 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) : /

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

VOLET ADHERENT



# 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
		1	200	Dr. Zerouali Youssef Médecine du Sport Maréchal Pétain du Marché Tél : 05 22 25 66 80 ICE : 001665877000027

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/03/23

3260

# 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  
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

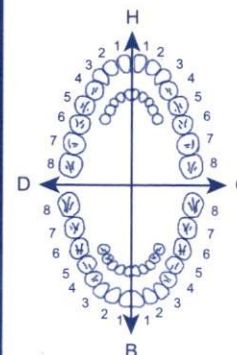
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 21/03/23 : الدار البيضاء في

**Dr. Youssef ZEROUALI**

Universités Grenoble - Bordeaux

**MEDECINE DU SPORT**

Fracture - Entorse - Tendinite

**MANIPULATION VERTEBRALE**

Sciatique - Dorsalgie - Torticolis

**NUTRITION - DIABETOLOGIE**

Régime - Surpoids - Sport  
Thérapie orientée solution

**الدكتور يوسف الزروالي**

جامعة كرونوبل - بورديو

الطب الرياضي

كسر - فكاك - التهاب عضلي

تقويم العمود الفقري

بوزلوم - آلام العمود الفقري

التغذية - داء السكري

حمية - وزن مرتفع - رياضة

علاج في اتجاه الحلول

Rue Kadi Iass Rés. ELWassia

3ème étage. Place du marché

(Imm. Mc Donalds) - Maârif

PATENTE N° : 35719029

INP : 091141531

ICE : 001665877000027

Tél.: 05.22.25.66.80

Sijon kama

PHARMACIE LE GALIEN  
Dr. MOHAMMED HATIM AMRANI  
ASABLANC  
RUE DE ROME  
Tél.: 05 22 80 67 87 / 67 16 / INPE 09206303

Duxel

lca sa 3ly

Adipose SMO

Kafay

PHARMACIE LE GALIEN  
Dr. MOHAMMED HATIM AMRANI  
ASABLANC  
RUE DE ROME  
Tél.: 05 22 80 67 87 / 67 16 / INPE 09206303

Dr. Zerouali Youssef  
Médecine du Sport  
Maârif Place du Marché  
Tél : 05 22 25 66 80  
ICE : 001665877000027

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

32,60

موکسول

أمبروکسول

بدون سکر