

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053414

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7633 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZGHAI'DIDA HABIB  
Date de naissance : 01/01/1955  
Adresse : 126, Lot AL Moustakbal, Sidi Maarouf, Casablanca  
Tél. : 0666163698 Total des frais engagés : 743,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/5/2023  
Nom et prénom du malade : ZGHAI'DIDA HABIB Age : 1955  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HSA  
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 : 22/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/5/23         | G                 |                       | 150 DH                          | Dr. B. S.<br>09 120 1954                                       |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU<br>Lot. Al Moustakbal, Lot N° 7<br>Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca<br>Tél : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46 | 16/5/23 | 593,40                |

# 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 canalaires, 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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <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 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     | 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

**Dr. Bouchra SEKKAT**

*Médecine Générale*

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

**د. بشرى السقاط**

**الطب العام**

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)

والأمراض التناسلية - السيدا

اختصاصية في التنظير المهبل و أمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : ..... 16/5/2023

Z GHAI DIDA HARB



AMLOD 10

le meti

x 6 mois

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU

Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7

Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca

Tél. : 0522 9732 23 - Fax : 0522 9757 46

**Dr. B. SEKKAT**  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél. : 0522 9732 23 - Fax : 0522 9757 46

06,90

789240

LOT N° :

06 90

P.V.

08 25

UT.AV :

**Amlor** 10 mg ○  
28 COMPRIMÉS



6 118000 250555



**Amlor** 10 mg ○  
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.V.

LOT N° :

08 25

06 90

789240

06,90

**Amlor** 10 mg ○  
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.V.

LOT N° :

08 25

06,90

06,90

789240

LOT N° :

06 90

P.V.

08 25

UT.AV :

**AMlor** 10 mg ○  
28 COMPRIMÉS



6 118000 250555



**AMlor** 10 mg ○  
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.V.

LOT N° :

08 25

06 90

789240

06,90

**AMlor** 10 mg ○  
28 COMPRIMÉS

UT.AV :

P.V.

LOT N° :

08 25

06,90