

# 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

- 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- 154914

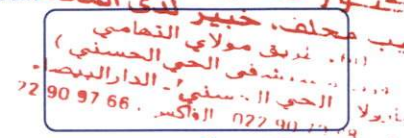
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8952 Société : R.A.T.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJJANI HASSAN / 163038  
 Date de naissance : 191021 1964  
 Adresse : 144 NISSIN, RUE 14 N° 9 HAJ HASSAN, CASABLANCA  
 Tél. : 0660792667 Total des frais engagés : 592,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 MAI 2023  
 Nom et prénom du malade : HASSANI Zakaria Age: 52  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 31 MAI 2023  
 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 : 31 / 05 / 2023

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10 MAI 2023     | C                 |                       | 200 DA                          | د. سعيد الخزولي<br>مستشفى الحادي الخمسيني<br>طريق مولاي القمامي<br>مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء<br>022 90 97 66 - 022 90 70 99 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE POLYCLINIQUE<br>Dr. TIR Abdelaziz<br>8, Route My Thami Hay Hassan<br>Tél: 0522 90 21 67 Casa | 10 5 23 | 392.60                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

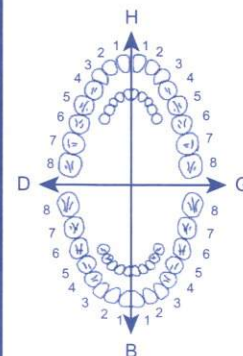
| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |
|---|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|
|  |                   |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |
|   |                   |                     |             |                            |                       |
|   |                   |                     |             |                            |                       |

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 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

Docteur Saïd GZOUli

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

10 MAI 2023

الدار البيضاء، في :

1. Zytac  
1 g le soir

2. Solupred 20  
2cp le matin apr

3. Enderex cp  
à sucr

4. Enderex

5. Bio Ritmo  
1cp x 3  
398 60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Solupred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70 DH



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

دكتور سعيد الخزولي  
طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم  
60, Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسناني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

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

63,20



partame, arôme citron, arôme menthol.



LOT 23.025/FC34  
01/2025 PPC 45,80

complément alimentaire n'est pas un médicament

LOT 107045/FC6  
PER 09/2025  
PPC 79,90