

## 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

M22- 0030033

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : R.A.M. 163703

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAMID

Date de naissance : 16-04-1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDERRAZAK - CASABLANCA

Tél. : 0661973422 Total des frais engagés : 137,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-04-2023

Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDELHAMID

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite Infectieuse

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC

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 : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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



# 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
12/04/23	✓		G	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie DIAMANT VERT BY BOUZOUBAA (SARL) Dr. Mehdi BOUZOUBAA Boulevard de l'Indépendance Casablanca	12/04/23	137,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

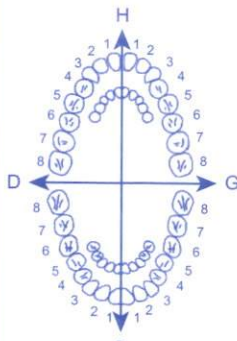
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

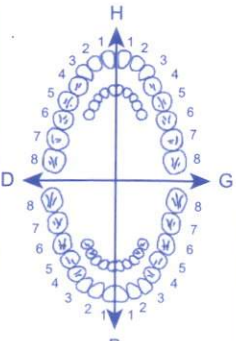
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div>		Coefficient DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		
			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





## Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 12/04/2023

M. ABDELHAMID MEGZARI

14,60 x 2

1) DOLIPRANE Comprime Secable à 1 g Bte 10 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas

26,90 +

2) VITAMINE C1000 20 CP EFFE

Prendre 1 comprimé le matin

40,90 x 2

3) ZINASKIN

1 le matin, au cours du repas, pendant 1 mois

137,90

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies cardiovasculaires  
98 Rue Kadi IASS - MAARIF  
CASABLANCA

Pharmacie DIAMANT VERT  
BY BOUZOUBA (SARL)  
Dr. Mehdi BOUZOUBA  
Régime CH3 N° 58 - Casablanca  
Tél: 05 22 69 78 37



**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 06/2025  
LOT 10058 50

20 co

دار - CASABLANCA - MAROC  
Lapopharm (شركة)



comprimés effervescents  
**ZINASKIN® 45 mg**

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 06/2025  
LOT 10058 42

20 comprimés effervescents

PPV 14DH60  
PER 11/25  
LOT 13769



8 comprimés effervescents sécables  
**Doliprane® 1000 mg**

14,60

PPV 14DH60  
PER 11/25  
LOT 13780



8 comprimés effervescents sécables  
**Doliprane® 1000 mg**

**Vita C1000®**

PPV 26DH90

EXP 09/2025  
LOT 28058 9

**Vita C1000®**  
20 comprimés effervescents



118000 032076

AMM N° 02 DMP/21