

## 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

- 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- 0010460

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3273 Société : 164949  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL BAOD HAFID  
Date de naissance : 1950  
Adresse : N°4 HAS PATAH - OULHA - CASA  
Tél. : 06 61 826830 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef ZEROUALI  
Médecin Généraliste  
31, Rue Ouzi Rabia - Hay Essalam - Zema  
Urgences: 05 22 22 43 43 Tél: 05 23 38 69 15

Date de consultation : 17 MAI 2023  
Nom et prénom du malade : ELBAOD HAFID Age: 72  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Pyrélie  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie  
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 : Tanger Le : 17 MAI 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
17 MAI 2023	C	1	ASD	Dr. Youssef ZEROUALI Médecin Généraliste 34, Rue Oum Rabia - Hay Essalam - Zemamra Urgences: 06 27 62 09 43 Tél: 05 23 38 68 15

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LOTFI 2, Avenue El Jouda Tél: 05 23 34 48 38 INPE 112040225	11/05/23	Pharmacie LOTFI 2, Avenue El Jouda Tél: 05 23 34 48 38 INPE 112040225

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

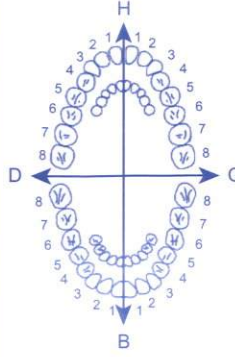
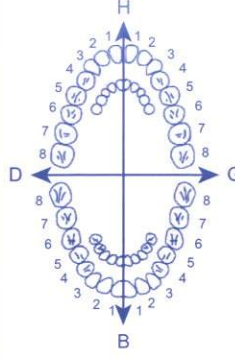
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 <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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور يوسف زروالي

دبلوم طب النساء، العقم وتتبع الحمل - بوردو - فرنسا

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بمستشفى مولاي عبد الله بالمحمدية

الطب العام

## الفحص بالصدى

### الفحص الطبي الخاص برخصة السياقة

INPE: 111171799

Zemamra le : 17 MAI 2023 الزمارة في

004:55.00  
004:55.00

PRV: 55,00 DM  
LOT: 650091  
PER: 05/24

$$SS, \sigma^2 =$$

Amokil 13



1982 317

25/12

123.60

2.

Onkel's 407

л с р в

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bneu al aouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boite 14  
Cp GR  
641150121NRQ P.P.V.: 123.60 D  
118001 020607

30,50

3

Insulin self

784 3/5

3  
Pharmacie LOTFI  
2, Angle Rue Vassan et  
Isshak Hammeu - El Jadida  
TEL: 05 23 34 48 38  
INPE 112040225  
Dr.

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V.: 30DH50  
LOT: 22E012  
PER: 08 2027  
6 118006 010845

**Dr. Youssef ZEROUALI**  
**Médecin Généraliste**  
31, Rue Corn Rabia - Hay Essalam - Zemamra  
Urgences: 05 27 38 68 43 Tél: 05 23 38 68 15

31, Rue Cam Rabia - Hay Essalam - Zemamra  
Urgences: 05 27 33 69 43 Tél: 05 23 38 68 15

31 ، زنقة أم الربيع حي السلام الزمامرة - الهاتف : 05 23 38 68 15 النقال : 06 27 63 09 43  
31, Rue Oum Rabia - Hay Essalam - Zemamra - Tél : 05 23 38 68 15 - GSM : 06 27 63 09 43