

## 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**  
M23-0029799

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6498 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HADJAD Mohamed  
 Date de naissance : 1954  
 Adresse : 8 Rue BAYTUL BAYTUL APT 139 SALAJADIDA SALE  
 Tél. : 0663625667 Total des frais engagés : 300 + 795,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. AZEROUAL Zahra  
 Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
 Cachet du médecin : INPE : 101264810  
 Tél : 05 30 00 03 11  
 Date de consultation : 23 FEB. 2024  
 Nom et prénom du malade : NAHMA IKBAL Age: 63  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Trouble neuro psychiatrique  
 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 : Le 26/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : EL HADJAD Mohamed


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
	S3		3000H	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/2014	795,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

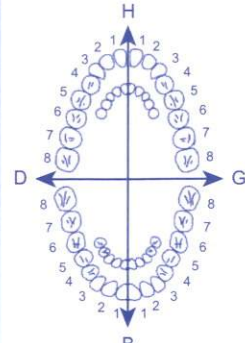
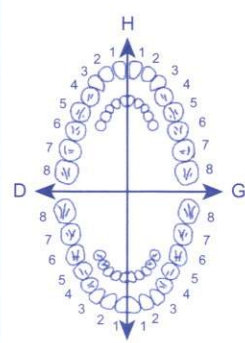
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D  00000000 00000000  35533411 11433553  B </div> <div> G  </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  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

# Dr. AZEROUAL Zahra

- Psychiatre / Psychothérapeute
- Psychiatre de l'adulte, l'enfant et de l'adolescent.
- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat.
- Ex médecin à l'hôpital Arrazi de Salé.



## الدكتورة أزروال الزهرة

- طبيبة نفسانية / معالجة نفسية
- الطب النفسي للبالغين، الأطفال، والمراهقين
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

### ORDONNANCE

23 FEV. 2024  
Salé le : ..... سلا في:

Mme NAIHA IKRAH

① D-3yl 05mg y:

2835.00 x 3  
795.00

Pharmacie Rabat Corniche  
Dr. E. Bahi  
Rue 13, N° Hay Al Ambass C.Y.M  
Rabat - Tél : 05 39 84 88  
INPE : 102109204

Dr. AZEROUAL Zahra  
Médecin Spécialiste  
INPE : 101  
Tél : 05 30

Durée de traitement : ..... 3 mois

Prochain RDV : ..... 16 05 2024

PPV : 265 DH 00

PER 09/25  
LOT M386-1

DOZYL<sup>5</sup> mg  
Donépézil

28 comprimés pelliculés



6 118000 041795

PPV : 265 DH 00

PER 09/25  
LOT M386-1

28 comprimés pelliculés



6 118000 041795

PPV : 265 DH 00

PER 09/25  
LOT M386-1

DOZYL<sup>5</sup> mg  
Donépézil

28 comprimés pelliculés



6 118000 041795

+212-694 70 67 23

+212-530 00 06 13

zahraazeroval.za@gmail.com

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue Bengrir, Bureau numéro 6, 2ème étage, Bettana Salé

تأدية المداخلة الخاصة شارع مدونة و تقية بكنور، مكتب رقم 6، الطابق الثاني، بطنانة سلا