

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-453446

ND: 42679

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661200384 Total des frais engagés : 05 OCT 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 OCT 2020

Nom et prénom du malade : ZOUGGARI RADIA Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : / /

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
07 OCT 2020	77		300,-	INP : BMO Docteur Abdelhak El Khatir Neuro-Psychiatre 75, Rue Taha Hussein (ex. rue Galilée) Tél: 0522 20.70.91/20.61.41

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE LA ROTONDE  
Leila Menjra  
100, Bd Abdelmoumen  
Tél: 05 22 23 47 76

02/10/20

1012,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

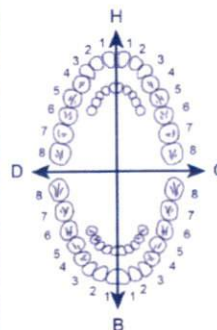
IM

IV

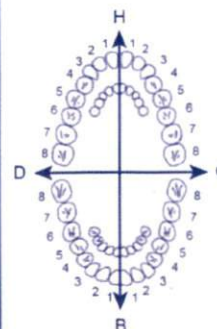
Montant détaillé des Honoraires

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

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 Abdelhalim OTARID

NEURO-PSYCHIATRE

Expert diplômé de

L'Université René Descartes (Paris)

الدكتور عبد الحليم عطاريد

أخصائي في الأمراض النفسية والعصبية

خبير خريج

جامعة روني ديكاوت (باريس)

Casablanca, le 02 OCT. 2020 الدار البيضاء، في

ZOUHARI Reine

130, 20x3

1) Tregu 20 — 5

39, 70x3

2) Zepem 6 — 5

98, 30x4

3) Ahyun 20 — 5

41, 50

4) Anovon 15 — 5

x3

14 au an chun

Traitement par Sains

PHARMACIE LA ROTONDE  
Leila Menjra  
1012/40

Docteur Abdelhalim OTARID  
Neuro-Psychiatre  
75, Rue Tahâ Housseine (Ex. rue Galilée)  
Tél: 0522 20.70.91/20.61.41



LOT J1599  
PER 05/22  
PPV 130DH20

130,20  
PPV 130DH20  
PER 05/22  
LOT J1599

130,20

PPV 130DH20  
PER 05/22  
LOT J1599

98,30

**Athymil® 30 mg**  
Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 080763

LOT 200811  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

LOT 200814  
EXP 06/2023  
PPV 98.30DH

**Imovane 7,5 mg**  
Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 012368

**Imovane 7,5 mg**  
Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 012368

**Imovane 7,5 mg**  
Comprimés pelliculés  
sécables

6 118000 012368

41,50 2023

41,50

41,50

**Zepam® 6 mg**

30 comprimés bâtonnets  
quadriscabes

6 118000 040873

PER : 08-23

LOT : J2196

30 comprimés bâtonnets  
quadriscabes

6 118000 040873

PER : 07-23

LOT : J2086

30 comprimés bâtonnets  
quadriscabes

6 118000 040873

PER : 07-23

LOT : J2086