

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 068686

NO: 40833

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 559 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. ZAKRARI ALZAM

Date de naissance : 1942

Adresse : HAY MOULAY ABDELAH R102 N°48  
CASABLANCA

Tél. : 0665 405176 Total des frais engagés : 2.234 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SAMIR EL BATOUL Age : 75

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 28/09/2020      | ORL               | 1                     | 1500                            |                                                                |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                 | Date       | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE ALAMAR<br>DIJOUR MOHAMED<br>133, Bd. Taza - My. Abdellah<br>Casablanca - Tél: 0522 215 96<br>IMP : 092003896 | 28.09.2020 | 2184,20               |

### 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins    | Coefficient        |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                              |                     | 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

Dr. BOUJEDDAINE TSOULI Abdelhaq

الدكتور محمد ايت التسولي عبد الحق

Médecine Générale

Echographie - Circoncision des Enfants

Déabétologie

Ex Médecin Militaire

Expert assermentée

Agrée pour la délivrance

des certificats médicaux

des permis de conduire

Autorisation d'exercer N° -7147/86-

الطب العام

الفحص بالصدى - ختانة الأطفال

مرض السكري

طبيب عسكري سابقا

خبير محلف لدى المحاكم

مقبول لتسليم شواهد رخص السياقة

رخصة العمل رقم -7147/86-

Tél: 05 22 21 64 58

Casablanca, Le: 28/09/2016

الدار البيضاء في: 28/09/2016  
SMITH. M. B. A. C.

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

زاوية شارع تازة زنقة 50 رقم 2 (صيدلية الأزهار) حي مولاي عبد الله - عين الشق الدار البيضاء

Angle Bd. Taza, Rue: 50 N° 2 (Pharmacie AZHAR) Hay Moulay Abdellah, Ain Chock - Casablanca

En cas d'urgence contactez le GSM : 06 63 09 08 50 في حالة الإستعجال اتصلو ب:

LOT: 181863 PER: 12-2020  
PPV: 140,00DH

MIDI SOIR

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

PHARMACIE AL AZIZ  
DIOURI MOHAMED  
133 Bd Taza Hay Mily  
Casablanca - Tél: 0522  
INP: 092003896Lasilix 40mg  
20 Cp séc  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

Lasilix 40mg  
20 Cp séc  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

Lasilix 40mg  
20 Cp séc  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 20E016  
PER: 11 2021  
KARDECIG 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 35DH70

6 118001 081189

LOT: 19E010  
PER: 10 2023  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V.: 34DH60

6 118000 060468

LOT: 20E016  
PER: 11 2021  
KARDECIG 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 35DH70

6 118001 081189

LOT: 20E012  
PER: 10 2021  
KARDECIG 160MG  
SACHETS B30  
P.P.V.: 35DH70

6 118001 081189

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml, inj b5 sty  
P.P.V.: 744,00 DH

6 118001 081515

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Awdra 100U/ml, inj b5 sty  
P.P.V.: 439,00 DH

6 118001 081515

LOT: 181863 PER: 12-2020  
PPV: 140,00DHLOT: 181863  
PER: 11-2020  
PPV: 140,00DH