

## 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 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.

#### Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com

Prendre en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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.

**AS :** 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° P19- 0014359

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUMAFI Mohamed Date de naissance : 31/12/1955

Adresse : RTE EL HANK - Imm 1 - Apt. 17

Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 1066,90 Dhs Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3/11/20

Nom et prénom du malade : ZOUMAFI Mohamed Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

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.

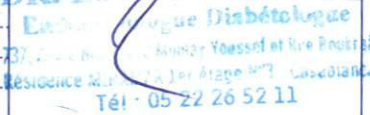
Fait à : CASABLANCA

Le : 03/11/2020


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
Re 3/11/20		C2	300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/11/2020	766,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

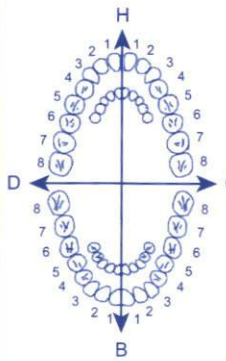
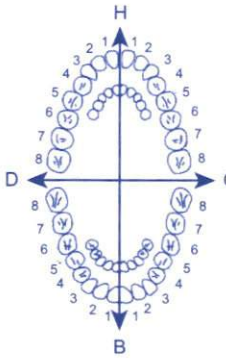
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'O

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Zineb ERRAJRAJI

Spécialiste en Endocrinologie  
Diabétologie et Maladies Métaboliques



الدكتورة الرجاء زينب

متخصصة في مرض السكري  
والغدد

31/11/20

Zovaf

Mohamed

PHARMACIE CHINOISE  
19, Av. Driss  
Casablanca  
05 22 39 77  
06 64 00 98 46

107.60 x 3  
322.80

80



71.50 x 4

286.00

2 / 12.1



73.40

Simvac 40

0 - 0 - 1



Dcure fte (1ste)

10/1/15

Bechirge (1ste) = 141



DR ERRAJRAJI Zineb  
Spécialiste en Diabétologie  
Résidence Miramar N°3, 1er Etage  
Tél : 05 22 26 52 11

737, شارع مولاي يوسف، زنقة بوكراع، إقامة مرمار رقم 3 الطابق الأول - الدار البيضاء

737, Angle Bd Moulay Youssef Rue Boukraa Résidence Miramar N°3, 1er Etage

Tél.: 05 22 26 52 11 / GSM: 06 64 00 98 46



LOT 200437  
EXP 02 2023  
PPV 107,60

STAGID® 700 mg  
100 comprimés



6 118000 021292

LOT 201318  
EXP 07 2023  
PPV 107,60

STAGID® 700 mg  
100 comprimés



6 118000 021292

LOT 201318  
EXP 07 2023  
PPV 107,60

STAGID® 700 mg  
100 comprimés



6 118000 021292

Hypril®

Enalapril maléate 20 mg  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

30 comprimés

30 comprimés

Enalapril maléate 20 mg  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

Hypril®

Hypril®

Enalapril maléate 20 mg  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

30 comprimés

Hypril®

Enalapril maléate 20 mg  
Hydrochlorothiazide 12,5 mg

30 comprimés

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS  
19, Av. Driss Slaoui - Lot Val d'Anfa  
Casablanca - Tél. 0522 39 79 41  
06000241 - ADE 001875041900036

Simvacol® 40 mg سيمفاكول  
Comprimés enrobés sécables 28 قرصا مغلفا قابلا للتكسير

73,40

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 06/2023  
LOT 02048 3

BECIDOUZE® 20 dragées



6 118000 031192

Fabrique par: SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



6 118001 320103

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20E27  
EXP: 05/2023