

# 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.

## Radiation :

- 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 :

- 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
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La Mutuelle s'engage à garantir 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.

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° M21- 0033245

NO: 81516

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : CAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA  
 Date de naissance : 20/09/1954  
 Adresse : LAARIF / CASA ROSEBLOU NAFFISS  
 Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : 1995,60 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MAHMOUD ZAHRADOU  
 Médecine Interne  
 Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
 Médecine Tropicale  
 Maladie Sexuellement Transmissible  
 86, Boulevard Moulay Driss 1er - CASA  
 Tél. 0522 88 14 00 / 09

Date de consultation : 12/08/2021  
 Nom et prénom du malade : M. AMADOU MOSTAPHA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infection bactérienne pulmonaire chronique  
 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 : 24/08/2021 Le :  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
18/08/21		1	798,60	Dr. Majida ZAHRAOUI Médecine Interne Pathologie Infectieuse Hépatologie Médecine Tropicale Maladie Sexuellement Transmissible 88, Boulevard Moulay Driss 18F - GASA Tél: 05 22 98 42 73

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MOSQUEE Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca Tél: 05 22 98 42 73	18/08/21	798,60 TG 1295,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE DE LA MOSQUEE Dr. NABIL Docteur en Pharmacie 76, Rue de l'Atlas - Maarif Casablanca Tél: 05 22 98 42 73			

# AUXILIAIRES MEDICAUX

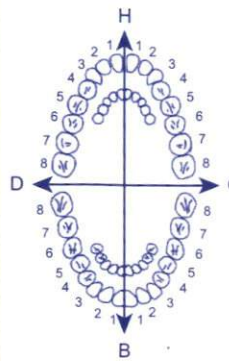
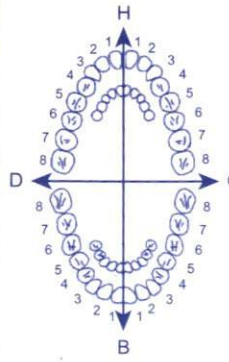
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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 CœFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

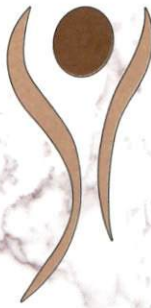
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

# Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER  
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES  
GERIATRIE  
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
PATHOLOGIES INFECTIEUSES  
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE  
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE  
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

## الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني  
مساعدة سابقة بالخارج  
في كلية الطب بمستشفى باريس  
الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية  
أمراض الشيخوخة  
أمراض الكبد - المنظار الباطني  
الأمراض المعدية  
دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس  
طب التغذية وعلاج السمّة - الطب الرياضي

Casablanca, le 18/08/2022 في الدار البيضاء،

MV AMADON - MOSTADHA

36.60

Betastène : 3 cp 1x/j pdt 03 jours

puis 2 cp 1x/j pdt 03 jours

puis 1 cp 1x/j pdt 03 jours

Tavanic 500 : 1 cp/j pdt 7 jours

347.00 x 2 Lalex 0,6 : 1 injection sous cutané  
+ 180.00 x 2 2x/j pdt 07 jours selon

T = 768.60

Pr. Majida ZAHRAOUI

Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse - Hépatologie  
Médecine Tropicale  
Maladie Sexuellement Transmissible  
88, Boulevard Moulay Driss 1er - GAGA  
Tél: 05 22 86 14 00 / 05

PHARMACIE DE LA MOSQUEE  
Dr NABIL  
Docteur en Pharmacie  
16, Rue de l'Atlas - Majidi Casablanca  
Tél: 05 22 98 42 13

LOT 202330 2  
EXP 09 2022

P.P.V : 180.00 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 211867 1  
EXP 07 2023  
PPV 347,00 DH

2 988 987 - Tél.: 05 22 86 14 00  
E-mail : zahraouimajida

LOT 210886 2  
EXP 03 2023

P.P.V : 180.00 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

LOT 211557  
EXP 06 2023  
PPV 347,00 DH