

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-596512

couenne

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie           | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                         |  |                                  |                                 |
| Matricule :   | 3107   | Société :                        | RAM                             |
| <input type="checkbox"/> Actif                        | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | ATHINDAK Abdellah               |
| Nom & Prénom :  |  |                                  |                                 |
| Date de naissance :                                   |  |                                  |                                 |
| Adresse :   |  |                                  |                                 |
| Tél. : 0657348470 Total des frais engagés : _____ Dhs |  |                                  |                                 |

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed ZAHIDI  
Médecin de Famille  
Route Principale LAGLIAA  
GSM : 06 67 23 71 06

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

effection bronchopneumonie (covid-19)

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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-596512

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3107  
Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK  
Total des frais engagés : 734,80  
Date de dépôt : COUTI

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| RELEVE 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                                      |
| 28.9.21                        | C                 |                       | G                               | JNP : 071180988<br>Dr. Mohamed ZAHIDI<br>Médecin de Famille<br>Route Principale LAQLIAA<br>67237106 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| D42080317<br>Pharmacie MFOULKI<br>Barnet Loties, Moukli<br>A. 0000-100 (9.28.14.53.76)<br> | 28/09/21 | 734,80                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |  |

#### VIOLET ADHERENT

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

## **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohamed ZAHIDI**  
**OMNIPRATICIEN**

Echographie  
Electrocardiogramme

Visite Médicale pour l'obtention  
du Permis de Conduire



الدكتور محمد الزهيدi  
الطب العام

الشخص بالأمواج فوق صوتية  
التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي للحصول  
على رخصة السياقة

Qliaa, Le : 28.09.2021 ..... القليعة في :

Nom : Aminata Abdurrafi

19,80

1 - Fosfomycin

79,70 ١٤٠٢٩٣

2. Azithromycin

98,50 x 5 ١٤١٣

3 - Hibor ٣ بوك

٦٥,٠٠ ١٧٧٢٩٢١

٤ - Pentox ١٨٠١١

٩٧,٧٥ ١٤٠٩٤

٥ - Coradi ٠١٨٩ - ١٠٠

٤,٣٠ x ٧ ١٤١٣

٦ - one Lexon ٦

٧٣٤,٨٠ ٣٤١٣

Rendez-vous, Le :



LOT : 210348  
EXP : 04/2026  
PPV : 14,30DH

LOT N°:

LOT : 201725  
UT AV: 11/2025  
PPV: 14,30DH

LOT N°:

PPV 795H70  
PER 12/23  
LOT 3385  
Melloul-Tél. ٢٥٢٨٢٤٥٣٧٦

Pharmacie IFOUILI  
17 Barmat 1Lotiss. Ifouili  
Melloul-Tél. ٢٥٢٨٢٤٥٣٧٦

LOT : 201725  
UT AV: 11/2025  
PPV: 14,30DH

: N.107

LOT N°:  
EXP: 11 2022  
PPV: 98,50 DH

Dr. Mohamed Z  
Médecin de Famille  
Route Principale  
GSM: 06 67 23

الطريق الرئيسية للقلية الطابق الأول ( قرب سيارة التعليم ازدو )

Route Principale de l'QLIAA 1ère étage ( Au dessus de Pharmacie Assafa )

الهاتف : 06 67 23 71 06

**PARANTAL® 1g**

PPV 15DH00  
EXP 02/2024  
LOT 11017 2

LOTN: 20207A  
EXP: 11 2022  
P.P.V: 98,50 DH

LOTN: 20207A  
EXP: 11 2022  
P.P.V: 98,50 DH

LOTN : 201434  
UT AV: 11/2025  
P.P.V: 14,30 DH

LOTN: 20207A  
EXP: 11 2022  
P.P.V: 98,50 DH

LOTN: 20205A  
EXP: 05 2022  
P.P.V: 98,50 DH

PPV:19DH80  
PER:12/25  
LOT:J3337

