

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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

Prise 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.

**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° M20- 0002443

106482

Maladie  Dentaire

Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M413 ..... Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : ZOUINKA Ahmed  
Nom & Prénom : ZOUINKA Ahmed  
Date de naissance : 02/05/1967  
Adresse : 05 Rue gharb sidi mohamed tifanic  
Mouammedia BP.28800  
Tél. : 0666354186 Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Docteur Rachid ZHIRI  
NEUROCHIRURGIEN - NEUROLOGUE  
80, AV. Lalla Yacout  
CASABLANCA

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ZOUINKA AHMED Age : .....  
ZOUINKA AHMED

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ZOUINKA AHMED

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ZOUINKA AHMED

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) : 

## 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
3/3/2020	CS	2000		Docteur Rachid ZHIRI NEUROCHIRURGIEN - NEUROLOGUE D.J. - Av. Lalla Yacout CASABLANCA
7/2/2020	CS			

Docteur RACHID NEUROCHIRURGIEN EXÉCUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	
DR. IBN YASSINE A. BOUTALEB Pharmacien Rue de Fes - Mohammedia Tél : 03 23 32 34 60	01/02/22	220,30

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

## [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid ZHIRI

NEUROCHIRURGIEN  
NEUROLOGUE

Spécialiste Diplômé de la Faculté

de Médecine de Paris

ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

80, Avenue Lalla Yacout - CASABLANCA

Tél. : 05.22.31.89.72 / 05.22.31.78.18

الدكتور رشيد الزهيري

خريج كلية الطب بباريز

جراحة الرأس والدماغ والعمود الفقري

اختصاصي في أمراض الأعصاب والدماغ

التخطيط الكهربائي للدماغ

شارع للا يقوت - الدار البيضاء

05.22.31.78.18 / 05.22.31.89.72

Casablanca, le .....

٢٢/٢٠٢٢

Zouhdi Alhaj

29,50

MESAS SV

+ 54,60 x 2

IC Up

taul 52,80

BOOS

SV

in

IC Tis

1.13 28,80

RONSTADT SV

Alk Pet Max

IC Up

Docteur Rachid ZHIRI  
NEUROCHIRURGIEN NEUROLOGUE  
80, AV. Lalla YACOUT  
CASABLANCA

Zouhdi  
pharmacie

22/02/2022  
Date de la facture  
22/02/2022  
Date de la facture  
22/02/2022

YASSINE  
nacden  
Tél: 05 23 32 34 60  
nacden  
Tél: 05 23 32 34 60

MEFSAL® 7,5 mg

20 comprimés



54,60

MEFSAL® 7,5 mg

20 comprimés



54,60

MEFSAL® 7,5 mg

10 comprimés



29,50

OEDES 20mg

14 gélules



LOT 201586

EXP 06/2023

PPV 52.80DH

Ponstyl® 500 mg

20 comprimés



UT. AV.: 10.2024

P.P.V

28.80

LOT N°: FR 5935

728,80

ARIBA IBN YASSINE  
BOUTAIB pharmaciens  
Rue de Fes - Mohammmedia  
Tél: 03 23 32 24 60

u131aera