

# 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.

## Education :

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 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



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020644

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7610 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHABIB KHADIA Date de naissance : 01.07.1963  
Adresse : HAFATEH EL OULFA LOT 5 N° 95  
Tél. : 0663969674 Total des frais engagés : 807,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 10 MARS 2022  
Nom et prénom du médecin : CHABIB KHADIA Age :  
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 : Casablanca Le : 10 / 03 / 22  
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
10 Mars 2022	C		20004	الدكتور سعيد الخزولة طبيب محلف خبير لدى المحاكم 60, طريق مولاي القضاة قرب مستشفى الحي الحسني مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء الهاتف : 022 90 70 88 - 022 90 42 56

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie POLYCLINIQUE 58, Route Mly Thami - Hay Hassani Tél: 0522 90 21 67	10/3/22	60740

# 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

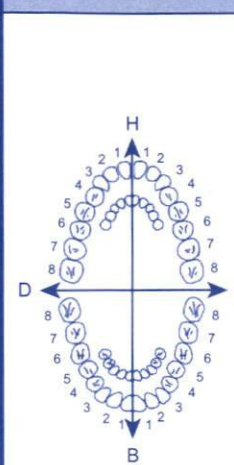
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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

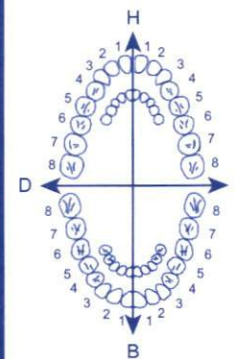
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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

Docteur Saïd GZOUli

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 10 MARS 2022 : في الدار البيضاء، في

24.40 x 3  
Eleva Thymox 100  
19/7

2 16740 x 2  
Mede Zapiu 500 x 2  
14/7

3 5280  
Omepual 20  
14/7

4 1460  
Soliman 1000 x 2

6609 x 2  
14/7 x 2  
5 - 1470 x 2  
607.40 x 1

الدكتور سعيد الخزولي  
طبيب محلف، خبير لدى المحاكم  
60، طريق مولاي الحسن، الدار البيضاء

60، طريق مولاي الحسن (قرب مضخة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 : الهاتف - E-mail : drgza@gmail.com



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

LOT 038  
PER 03/23  
PPV 20DH30

52,80



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

66,00

LOT 2437  
PER 03/23  
PPV 25DH00

66,00

LOT 2437  
PER 03/23  
PPV 25DH00

14,60

PPV 14DH60  
PER 11/24  
LOT K3253



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

30 Comprimés pelliculés

LOT 038  
PER SEP 2023  
PPV: 167 DH 40

30 Comprimés pe

LOT 037  
PER JUN 2023  
PPV: 167 DH 40

14,60

PPV 14DH60  
PER 12/24  
LOT K3671