

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048225

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HOUARI EL HASTAGA  
Date de naissance : 12-10-1950  
Adresse : 118 - Boulevard Tachane  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 11 MARS 2022  
Nom et prénom du malade : HOUARI EL HASTAGA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Longue Durée (ALD)  
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 : 11 / 03 / 2022  
Signature de l'adhérent(e) :

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



# 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
11 MARS 2022	G	✓	250 mt	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALFATH Dr. Omar EL FATHI 83, Av. Mad Errafil EL JADIDA Tel: 020 34 10 95	11/3/22	3186,20

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

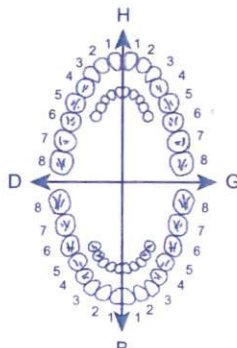
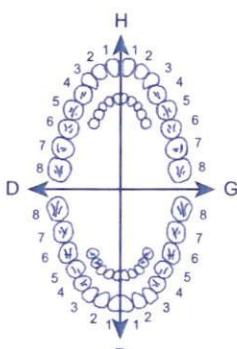
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le b

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 <table border="1"> <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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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'EX

# CABINET MEDICAL DE NEUROLOGIE

**Dr Abdelhaq ZAIM**

**NEUROLOGUE**

Maladies du Système Nerveux

Musculaire et Epilèpsie

Electroencéphalogramme (EEG)

Electroneuromyogramme (ENMG)

**الدكتور عبد الحق زعيم**

أخصائي في أمراض

الجهاز العصبي العضلي والعمود الفقري

الصرع

التشخيص الكهربائي للدماغ

التشخيص الكهربائي للأعصاب والعضلات

الجديدة، في : 11 MARS 2022  
El Jadida, tel: .....

HOMME  
El JADIDA

11 Dolezy 10  
506,00x6  
19.1 l mot

2 ALMAN 10  
150,20  
3186,20  
L po

DR. A. ZAIM  
NEUROLOGUE  
4, Ave. Khadija Oum Al Mounine  
Dr. Moukawama EL JADIDA  
Tél: 05 23 39 31 55 - GSM: 06 95 08 69 33

PHARMACIE AL-FATH  
Dr. Omar EL FATHI  
30, Rue El FATH EL JADIDA  
Tél: 023 24 40 95

Rendez-Vous le :

15/06/2022

الموعد في :  
4, شارع المقاومة - إقامة خديجة أم المؤمنين - الجديدة - الهاتف : 05 23 39 31 55 - المزمول : 06 95 08 69 33

4, Av. Al Moukawama - Résidence Khadija Oum almouminine - EL JADIDA - Tél. : 05 23 39 31 55 - GSM : 06 95 08 69 33

**Composition:**

Donépézil.....10mg.

(sous forme de chlorhydrate).

Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.

**Excipient à effet notoire:** lactose

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi : **lire la notice à l'intérieur**

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحتفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

1.  
2).

né pelliculé.

actose

ns, Posologie

**la notice à l'intérieur**

ure inférieure à 25°C.

la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحتفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

.....10mg.

chlorhydrate).

in comprimé pelliculé.

**notoire:** lactose

g-indications, Posologie

emploi : **lire la notice à l'intérieur**

température inférieure à 25°C.

portée et de la vue des enfants.

PPV: 506 DH 00



درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
حيناً عن مرأى ومتناول الأطفال.

PPV: 506 DH 00



e  
l'intérieur  
à 25°C.  
nfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحتفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

PPV: 506 DH 00



...10mg.

chlorhydrate).

un comprimé pelliculé.

**notoire:** lactose

tre-indications, Posologie

l'emploi : **lire la notice à l'intérieur**

ne température inférieure à 25°C.

portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحتفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

PPV: 506 DH 00



...10mg.

hydrate).

omprimé pelliculé

**oire:** lactose

fications, Posologie

لا : **lire la notice à l'intérieur**

érature inférieure à 25°C.

et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحتفظ به بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

LOT 211285 1  
EXP 05 2023  
PPV 92 00



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : le / 11 MARS 2022	
Cachet et signature du médecin traitant :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. Abdelhaq ZAIM</b>  <b>NEUROLOGUE</b>            4, Rce Khadja Oum Al Moumine            Bd. ALMOUKAWAMA ELJADIDA            Tél: 05 23 39 31 55         </div>	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées