

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° M20- 0003278

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11830 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAMD, HASNA  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0670056542 Total des frais engagés : 436 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2022  
Nom et prénom du malade : HASNA HAMD Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DMD  
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) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p> <i>COPIE PRINCIPALE DE 0024</i>  <i>522532083</i>  <i>2049176</i>  <i>NPE</i> </p>	<p> <i>04/07/2022</i> </p>	<p> <i>316,00</i> </p>

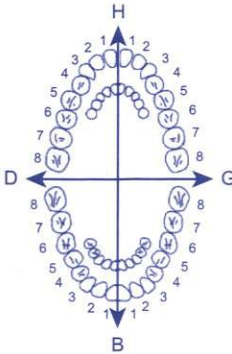
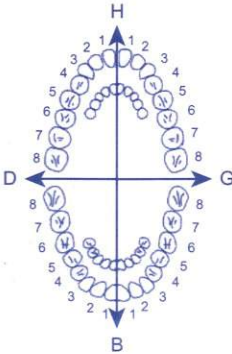
[illegible][illegible]

## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The arch is supported by two main piers labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is divided into two halves by a vertical line. The piers are numbered 1 through 8, starting from the center and moving outwards. The arch is supported by a series of smaller piers, each labeled with a number from 1 to 8. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and the piers extending downwards.

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la Faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG - Suivi de grossesse - Diabète - hypertension artérielle

Conseil nutrition



Cabinet Dr. Ahlam Zguiouar

الدكتورة أحلام ازكوار

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

صبيبة داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص والصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي

الحمية العلاجية

## ORDONNANCE

Dérouta le : 06/07/2002

me husna hamdi

R - hemoglob  $\times 50$

27 UI à 08 h du mat. en 1j = 80  
+ 15 UI à 20 h de soir

R - APid RA

111.00 x 2

le 10 x 100



12 UI à midi

fait au 1° Poidy

14 x 16 salt

5500 ORILL



1000 x 1000

kinten encas de Rephr.

Pharmacie Principale DEROUA  
BLOC U N° 1 au  
sarl au  
Tel : 05 22 53 20 83

26 تجزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الاول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (Badr el khayr) 1er étage appartement 3 Deroua

Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80



• EXCOMUC

15/jour

part 7i.

39,00



316,00

Dr. Ahlem ZGUIOUAN  
Médicin Générale  
N°26 Immeuble  
El Almoat Aptt N°3 - 1er ét.  
Djerba, Tél: 06 78 87 07 88

Pharmacie PRINCIPALE DERGUA  
sari au  
Bloc U N°1 Dargua  
Tél: 05 22 63 20 83

LOT 22004  
PER MAI 24  
PLV 330H98

39,90

# Kintex®

Formulation à base de plantes

CODE No / No DU CODE  
MH/DRUGS/AYU-146  
B No / No LOT CK0110F  
MFD / FAB 06/2020  
EXP 05/2024  
(01) 18901111009250  
(21) YCYAKY2P396DCL



PPC : 55,00 DH

## Leflox PHARMA 5®

Lévofloxacin

LOT : 6811  
UT. AV : 01-25  
P.P.V : 111 DH 00

## Leflox PHARMA 5®

Lévofloxacin

LOT : 6811  
UT. AV : 01-25  
P.P.V : 111 DH 00