

**MANDATIONS 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.

**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.



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0037937

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 01233      Société : 197615

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : MOUSALI MBARKA VIE KARIM DRISSI

Date de naissance : 02 07 1945

Adresse : B. d. Sidi MAAROUF I N° 24 Casablanca

Tél. : 06 74 04 18 31      Total des frais engagés : 1062,10 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2022

Nom et prénom du malade : ELMOUSACI M'BARKA      Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : diabète

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 : H. 108/22 casa      Le : 04/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

**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.

### 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
04/08/2022			2000H	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04-08-22	860110

### 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	

### 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 type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

#### 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

				Montants des Soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. AMAL ZARHLOULE

الدكتورة آمال زحلول

OMNIPRATICIENNE  
D.I.U EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
LASERS MÉDICAUX À VISÉE ESTHÉTIQUE  
NUTRITION ET MICRO-NUTRITION DIABÉTOLOGIE  
ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE



الطبيب العام  
دبلوم جامعي في أمراض الجلد التداخلية  
الليزر الطبي من أجل التجميل والتقنيات الموازية  
من أجل التجميل.  
التغذية والتغذية الدقيقة  
أمراض السكري و الفحص بالصدى



Casablanca, le :

04/08/2022

091267278

M<sup>me</sup> ELNousselti BARBA

49,40

1) Coltrax cp

28,80 x 3 cp X 2 / 7 Adlt G

2) Vitamel fib cp

169,00 x 4 cp X 3 / 7 21 Jours

3) Dolicox cp 90

49,00 x 1 cp / 7

4) Belenotel gel

114,30 x 4 1 gel - 0 / 7

5) Dupetar cp (N°4)

1 cp / 7

PPV: 169DH00  
PER: 04/25  
LOT: L1299

PPV 114DH30  
PER 05/25  
LOT L1698

PPV 114DH30  
PER 05/25  
LOT L1698

PPV 114DH30  
PER 05/25  
LOT L1698

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR  
6 118011 272228  
PPV : 20,90 DH

PPV / 28,20 /  
LOT /  
PER /

49,00

PPV 114DH30  
PER 05/25  
LOT L1698

بنا، حيدى مغروك 3، زنقة 13، رقم 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار البيضاء  
Bd. Modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1<sup>er</sup> étage, App.N°1, C  
Tél. : 05 22 82 46 33 : الهاتف Email : amalzarh2002@gmail.com :

PHARMACIE HAY RA  
Hicham ABOLIK  
Docteur en Pharmacie  
Av. des Palmiers B  
Sidi Maarouf 3 - Tél. 05 22 82 46 33

