

# 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 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.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° M21- 072790

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2104 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Razami Hakima Veuve Khattar

Date de naissance : 25 juillet 1946

Adresse : Bot ATTADAMOUNE Rue 2 TM 75 Appart 6

Tél. : 06-60-28-85-08 / 05-22-89-59-44

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ELGUIZI Aicha  
Diabétologue  
Hay El Oulfa, Bd. Oum Rabie  
A Firdouss CH 18 - Im. T12 - Apt 1  
Casablanca - Tél. 05 22 91 83 06

Date de consultation : 14/04/2022

Nom et prénom du malade : KHATTAR FARMA Zahra Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite + Nycose des dents

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° : A-A-215 / 2019



# 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
14/09/22		1	150,00	Dr. ELAOUI AICH Diabétologue Hay El Cula, Bd. Oum Rabie A Fes 30535 GH 10 - mm T12 - Apt 1 Casablanca - Tel: 05 22 93 59 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUR AL HOUDA 55 LOT YASSINE LISSASFA CASABLANCA TEL: 05 22 93 59 56	14/9/22	4973

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

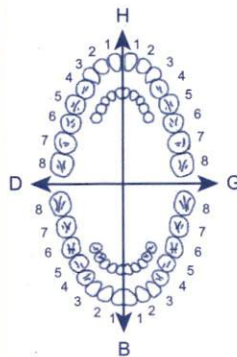
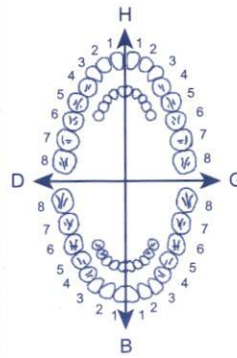
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D 00000000 G 00000000  35533411 11433553  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aïcha ELOUIZI

الدكتورة عائشة الويزي

Diplômée de la Faculté de Médecine

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم أمراض السكري

من كلية الطب بمونبولي بفرنسا

SUPRIMASE<sup>®</sup> fluconazole

logie

Montpellier

PHARMACIE NOUR AL HOUD

5 LOT YASSINE

CASABLANCA

Tel: 05 22 89 89 89

Casablanca, le 14 09 22

KNATTAR FATMA ZAHRA

150 mg

LOT: 21D045  
EXP: 11/23  
PPV: 39DH50

2 gélules  
Voie Orale

1/ SEPCEEN 500 2 Bt

2/ PREDNI 20 1/2

3/ DOLIPRANE 1000

4/ OLIZ 2 200g

5/ AEROMAY spray

6/ SUPRIMASE 100 2 Bt

7/ ALGANTIL 200mg

8/ Diphosane

LOT: 05322013  
PER: 06/2025  
PPV: 74.00 DH

LOT: 05322013  
PER: 06/2025  
PPV: 74.00 DH

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

PPV 14DH50  
PER 06/25  
LOT 12275

2450

LOT: 036P013A  
PER: 09/2021  
PPV: 190,00 dh

ALGANTIL 200mg

PPV 14DH90  
EXP 10/2024  
LOT 10011 5

LOT: 319  
PER: AVR 202  
PPV: 24 DH 2

DR. ELOUIZI Aïcha  
Diabetologue  
Hay El Galfa, Bd. Oum Rab  
Al Firdaouss GH 1B - Imm T12 -  
Casablanca - Tél. 05 22 93

شارع أم الربيع - الفردوس عمارة T12 - شقة رقم 1 GH 1 B 1 - الدار البيضاء

ELOULFA, Bd Oum Rabie - Al Firdaouss GH 1B - Imm T12 - Appt 1 - Cas

Tél. : 022.93.89.06 : الهاتف / Autorisation : 10062 / 91