

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-725877

*par courriel*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RETRETE	
Matricule : 03461	Autre : 140965		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : MOUJAHAN LAHCEN	
Date de naissance : 01/01/51		Adresse : LARAYOUNIE - BP 821 PPL SAHARA MAROC	
Tél. : 0668301847		Total des frais engagés : 548.90 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. MAHER ABDELLATIF Médecine Générale Echographiste Permis de Conduire INPE : 021153085
Date de consultation :	25/10/22
Nom et prénom du malade :	Colapathia
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Colapathia
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) : .....

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-725877
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 03461  
Nom de l'adhérent(e) : MOUJAHAN  
Total des frais engagés : 548.90  
Date de dépôt : .....

0668301847

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
25/10/22	C		15000	INP : <input type="text"/> DR. MAHER ABDELLAH Médecin Générale Echographiste Caisse de Conduire N° 221153085

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Quat' 100 Dr. HANANI MUSSEH Ordonnance Mutuelle Nekka Lazourie CC 33.39.10.37	25/10/22	148,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. MAHER ABUZAYD Médecine Générale Echographiste Permis de Conduire INPE : 021453085</p>	27/10/12	Echos	250 DA

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	<hr/>		D	00000000	<hr/>		B	11433553	<hr/>		35533411	00000000
	H	21433552																		
	25533412	00000000																		
	<hr/>																			
	D	00000000																		
	<hr/>																			
	B	11433553																		
	<hr/>																			
	35533411	00000000																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Maher Abdellatif

Médecine Générale  
Permis de Conduire



الدكتور ماهر عبد اللطيف

الطب العام  
رخصة القيادة

Laâyoune : 25 Octo. 2022 العيون في

Mme ZAINABA RATE

540,-  
• Duspatalin 200 mg  
1 gel x 2 / 5 sachets

46.90  
• Carbonylene gel  
1 pinc x 3 / 5 au sac

50,-  
• TriDigest (sachet)  
18 à prendre aps

148,- 90

Pharmacie Quad ENDAHAB  
Dr. HANANI MUSTAPHA  
Ordonnance Mutuelle  
Av. Makkah Laâyoune  
TEL: 05.28.89.10.37

**TRIDIGEST®**

Poudre orale effervescente en sachet  
Effervescent oral powder sachet

LOT N°

UT. AV:

PPC:

50,00

DUSPATALIN 200MG  
GELU 820  
P.E.R.: 21/08/2003  
P.P.V.: 540H00  
6 11800001018531

✓ SV

Jr. MAHER ABDELLATIF  
Médecine Générale  
Echographiste  
Permis de Conduire  
INPE : 021153085

رقم 351 محج محمد السادس طريق المساراة إقامة الععيش الطايف الأول الرقم 4 (فرن مانولو)

351 Av. Mhammed 6,( Route Essmara) Im. Lhirech, 1er Etage N°4 (Four MANOLO)

macmaher2004@gmail.com

05.28.89.00.99

LOT: 118  
EXP: 01-2026

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE

Boîte de 48 gélules (24 doses)  
PPV 44.80 DH



6 118001 070886

22 Octo 2025

МИАДОВА ЯЗНАМ Л.К.  
отдел продажа  
Беларусь  
г. Минск, ул. Сурганова,  
дом 10, кабинет 101

**Dr Maher Abdellatif**  
+Médecine Générale  
+Permis de Conduire



د. ماهر عبد اللطيف  
الطب العام  
رخصة السباقه

## **NOTE D'HONORAIRE**

Je soussigné Dr Maher Abdellatif certifie Avoir  
examiné Mme.....

Et avoir reçu la somme de 400 dhs comme frais  
d'honoraire d'une consultation médicale et  
d'une échographie abdominale.

Signé : Dr MAHER ABDELLATIF

Fait à Laâyoune le : 25-10-22

Dr. MAHER ABDELLATIF  
Médecine Générale  
Echographiste  
Permis de Conduire  
INPE : 021153085

شارع مكة الطابق الأول الرقم 4 – الهاتف والفاكس 05.28.89.00.99 - العيون  
351, Bd Mekka – 1 er Etage N° 4 – Tél. /Fax : 05.28.89.00.99 -  
Laâyoune

**MÉDECINE GÉNÉRALE**  
**DR MAHER ABDELLATIF**  
**351 Av med VI, Im Lhirech 1er**

**Info Patient**

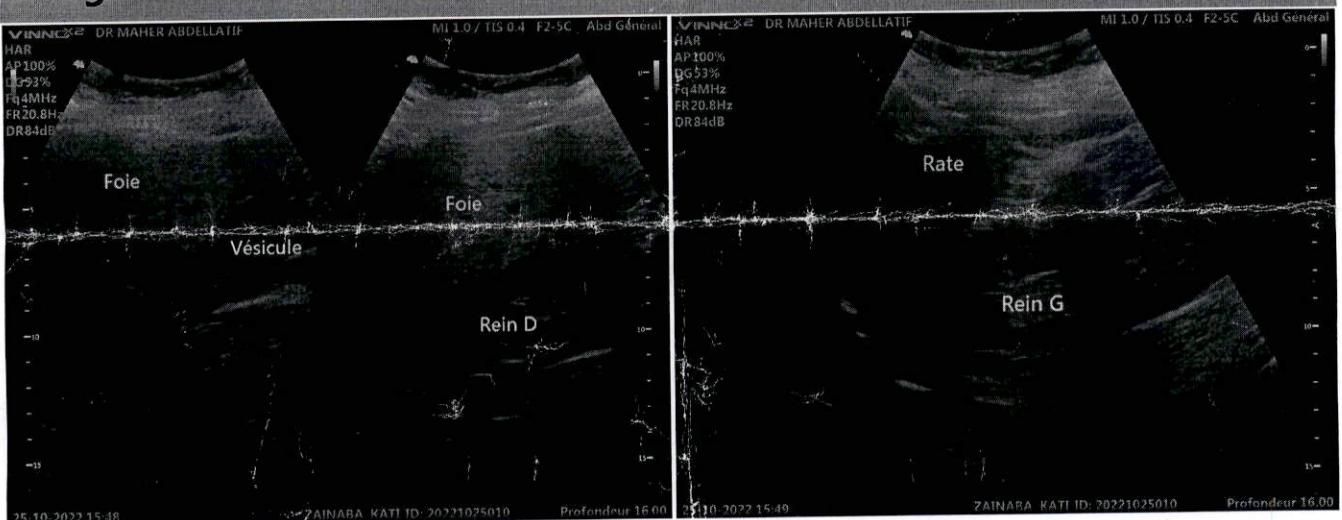
Nom: ZAINABA KATI  
 Âge:  
 Genre: Femme  
 Médecin Act.:  
 Opérateur:

ID Patient: 20221025010  
 D. Naissance:  
 Date d'examen: 25-10-2022  
 Ref. Médecin:

**Mesure**

Nom	1	Statistique	Unité
<b>SMP Thyroïde 2D Général</b>			
Distance	1.53	1.53 Moy	cm

**Image**



Forie de taille normale, de contours réguliers hyperéchogène  
 VB à paroi fine échogénique. Organe batteur libre  
 Les 2 reins de taille normale, de contours réguliers  
 Rate et pancréas homogènes  
 Adénopathie diffuse sur  
 Douglas lâche.

Dr. MAHER ABDELLATIF  
 Médecine Générale  
 Echographiste  
 Permis de Conduire  
 INPF N°1153085