

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

M22- N° 002792

149 692

Matricule : 1754 Société ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LE ZRAG LAHRIB

Date de naissance : 1947

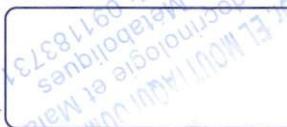
Adresse : DERB MAZOLA RUE 4 PORTÉ 18 APP 49

Hay HASSANI CHABABIEN

Tél. 06 65 854 674 Total des frais engagés : 32.16 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age :

Lien de parenté :

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : 28 DEC. 2022

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 : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### 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
26/12/22	CS		150,00	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES 26/12/22 Signature du Médecin

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES PHARMACIE M. TAKI HASSANI 10 Ave. Afghanistan Hay Hassani - Casablanca Tel: 0522 903263 - Fax: 0522 904681	26/12/22	2936,40

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PARA RIM Ataaoune G.P 90 M. Taki Hassani Tél: 05 22 91 61 21	26/12/22		130,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		DATE DE L'EXECUTION
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# وصفة

## ORDONNANCE

RECEAULT, S.A.S.  
PHARMA-  
M.TAHRI H.A.  
10 Ave. Afghanis  
Hay Hassani - Casablanca  
tel: 0522 90 32 63 - Fax: 0522 90 32 64

le 26/7/22

H'lezzraCs lahbib.

273000  
39000x7

- 1) Galvres Hct 50 1000  
1 p x 28  
 mode,  
6 mois
- 2) Amairi my 1/2  
 63.80x3
- 3) Bandelettes cer coll plus 20640  
1x2  
13 00  
PARA RIM  
Hay Attaloune G.P 96  
N° 7 Hay Hassani  
Tél : 05 22 91 61 21

INPE: 091183731  
Endocrinologie et Métaboliques  
EL MOUSSAOUI DDM KALTOUIM  
zirouei.com

293640



N° IPP : 243684	N° SEJOUR : 220043557	FACTURE N° 2202014053				DATE D'ENTREE : 26/12/2022		DATE DE SORTIE : 26/12/2022		
ASSURE :						DESTINATAIRE :				
MALADE : LEZRAG LAHBIB		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI				LEZRAG LAHBIB				
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :								
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 792015 DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM ENDOCRINOLOGIE			TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS			PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
			RÉMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
			RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 26/12/2022			EDITEE LE : 26/12/2022	PAR: ZAHID	ACCIDENT DE TRAVAIL :					
VISA			N° DE POLICE :						DATE AT :	
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI							
			BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA							
			N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54							