

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0040799

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 895 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LARBI ABDOULAM  
 Date de naissance : 01/10/1949  
 Adresse : 453 rue 471  
 Tél : 06 55 97 32 24 Total des frais engagés : 1255,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 JAN 2023  
 Nom et prénom du malade : ABDOULAM Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : affection endocrinienne affectant diabète  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

# 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                         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 17 JAN 2023     | C                 | ①                     | 1500                            | Dr. H. AZIOUTZ<br>390, Av. Zerkouni Hay Ennada Khemis El-Marmia<br>Tél: 05 23 34 66 23 |

## EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Sachet du Pharmacien                                                   | Date       | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Pharmacie EL FARABI<br>390, Lot. Nahda - Zemama<br>Tél: 05 23 34 66 02 | 12/01/2023 | 1105,20               |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 |                                              |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|
|                              |                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             | COEFFICIENT 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D G<br>00000000 00000000<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT 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

**Dr H. AZIOUIZ**

**MEDICINE GÉNÉRALE**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
& de Pharmacie de Casablanca

**MÉDECINE DU TRAVAIL**

**& D'ERGONOMIE**

Diplômé de l'université de Rennes 1  
France



**الدكتور ح. عزيويز**

**الطب العام**

خريج كلية الطب والصيدلة - الداو البيضاء

**طب الشغل وبينية العمل**

خريج جامعة رين 1 - فرنسا

زمامرة، في : 12 JAN 2023

Zemamra, le :

TALBI H ADADI

13900  
x 3

1/ Corosan 100/25

27,700  
x 3

2/ Cardioaspirine

7800  
x 1

3/ Aflac 15

2200  
x 1

4/ Cardiol

3500  
x 1

5/ Anti-Flap Rollen

30,10  
x 1

6/ X

79,00  
x 1

7/ Ma 20

804,20

pharmacie EL FARABI  
Dr. SABIR Tarik  
390, Lot. Nahda - Zemamra  
Tél: 05.23.35.64.02

دكتور ح. عزيويز  
Dr. H. AZIOUIZ  
Médecine Générale  
Médecine du Travail et d'Ergonomie  
Zemamra  
Tél: 05.23.34.66.19

Tél.: 05 23 34 66 19 - خميس الزمامرة - الهاتف

390, Av. Zerketouni - Hay Ennahda (dessus pharmacie el farabi) Khemis Zemamra - Email : haziouiz@gmail.com

Lot:

Exp:

PPV:

139,00

Lot:

Exp:

PPV:

139,00

Lot:

Exp:

PPV:

139,00

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

LOT: M0877

PER: 10/2024

PPU: 78,00DH

22,00

LOT: 1314/FC14

EXP: 05/25

PPC: 95,00DH



LOT: 1393

PER: 07/24

PPV: 30,10 DH

LOT: M0697

PER: 01/2024

PPU: 79,00 DH