

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3141

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

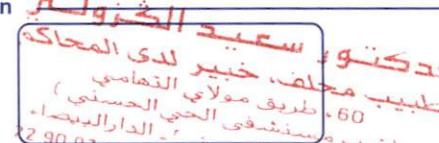
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08 Mai 2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

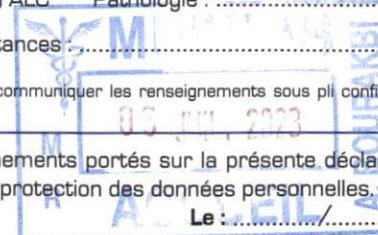
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 08 Mai 2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08 MAI 2023     | C                 |                       | ل.س 100                         | طبيب محترف، حبير لدى المحافظة، مولاي العثمان بن العلوي، ماروكا - الحسيمة - الدارالبيضاء - 091069666<br>الهاتف: 022 90 70 88 - 011 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

|  |                                   |                       |
|--|-----------------------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date                              | Montant de la Facture |
| Dr. TIR ABDELJAZIZ                     | 58, Route de l'Homme, Hay Hassan. | 31/1975               |
| Dr. TIR ABDELJAZIZ                     | 58, Route de l'Homme, Hay Hassan. | 31/1975               |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## 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.**

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزوولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le :

08-05-2023

الدار البيضاء، في

الدار البيضاء، في

Mr. BASS Mouloua

1. Tivelot  
1950 17/1

15

2. Frapadol  
4090 39/1

15

3. Aliskof  
79001 CS 26/1

15

314,90

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. TIR Abdelaziz  
58, Route Mly Thami Hay Hassani  
Casa  
Tel: 0522.90.21.67

دكتور سعيد الكزوولي  
طبيب محلف لدى المحاكم  
60، بوليف مولاي التهامي - الدار البيضاء  
(قديم - الرحبة الحسنية - الدار البيضاء)  
ماروك - 022.90.70.88  
الهاتف:

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzs@gmail.com

ملغ 20

# أنابرييد

Anapred 20 mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج.وأجدي صيدلي مسؤول

146 -الطنجة الصناعية -نقطة مليل -الدار البيضاء

LOT : M0969

PER : 02/2025

PPU : 40,90 DH

بردنيزولون

عن طريق الفم

20 قرص متحلل

ORO disposable



بردنيزولون  
20  
مغ

Code : AC2 - 00181

Deva

**Zivlox 400 mg**  
7 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410034

# ذيفلوكسين

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

LOT : M0817

PER : 07/2024

PPU : 195,20DH

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. وأجدى صيدلي مسؤول

الطبقة الصادرة بطايلر - الدار البيضاء

مضاد حيوي

عن طريق الفم

7 أقراص ملمسة

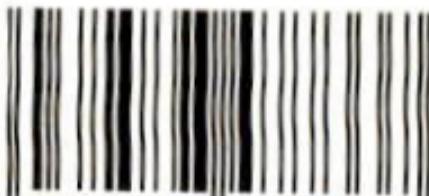
7

أقراص ملمسة

موكسيفلوكساسين  
مضاد حيوي  
عن طريق الفم

400 ملغ

Code : AC2 - 00191



8 032578 477337

Lot: 230103

À consommer  
avant le: 01/2026

PPC: 79,00 DH

Phar  
RE