

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.

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° P19- 046802

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZOUINE Abdel KARIH
 Date de naissance : 15/06/1948
 Adresse : 27 RUE IBRAHIM EL KARAMI
 1^{er} Etage Apt n°2 MARIEN Bouja
 Tél. : 0658983371 Total des frais engagés : 1005,00 Dhs
 0644696468

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdelhafid Seddiki
 Neurochirurgien
 3 Rue Addi El Haraki, Quartier de l'Horloge
 Res Al Karami, RDC - Casablanca
 TEL : 05 22 48 38 71

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Zouine Abdel Karim Age: / /

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

Nature de la maladie : Dne (Dégénérescence)

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 : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
05/07/23	CS	1	350/40	Dr Abdelhak El Hamoui Neurochirurgien 3 Rue Addi El Hamoui Quartier des Hopitaux Res Al Karany, RDC, Casablanca TEL : 05 22 48 38 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLEES Dr. SIJEL MASSI Baouchra 30, Rue Moussoul, Hopitaux Casablanca - Tél: 05 22 86 28 99	05/07/23	655,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

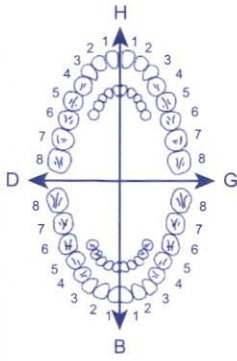
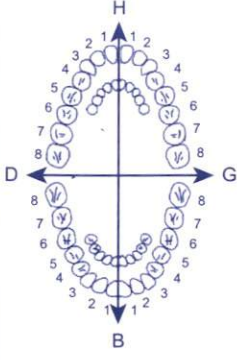
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 063

PER : JUN 2025

PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 063

PER : JUN 2025

PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 063

PER : JUN 2025

PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

ميديزابين[®] 2,5 مغ

أولانزابين

MEDIZAPIN[®] 2,5 mg

30 comprimés ○



6 118001 150922

30 قرصا ملبسا

LOT : 063

PER : JUN 2025

PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc

نو-ديب[®] 50 مغ

سيرترالين

NO-DEP[®] 50mg

60 cps pelliculés sécables ○



6 118000 050995

60 قرصا ملبسا

قابلا للكسر

LOT : 424

PER : DEC 2024

PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : Zouine Abdelkrim

Matricule : N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Seddiki Spécialité : Neurochirurgien
N° ICE : N° INPE : 091126417
Certifie que Mlle, Mme, M. : Zouine Abdelkrim
3 Rue Addi El Haraki, Quartier des Hopitaux
Res Al Karam, RDC, Casablanca
TEL : 05 22 48 38 79

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA chronique avec hypertrophie ventriculaire
depuis plusieurs années

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : Hydralazine

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 05/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr Abdelhafid Seddiki
Neurochirurgien
3 Rue Addi El Haraki, Quartier des Hopitaux
Res Al Karam, RDC, Casablanca
TEL : 05 22 48 38 79

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées