

## 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- 0036291

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0440 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ART-KAS BOUJEMAA  
Date de naissance : 01-01-1944  
Adresse : 2, Rue Mohammed VI, Casablanca  
Tél : 0663058589 Total des frais engagés : 324 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2023  
Nom et prénom du malade : AMALOU ZILIB  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : 26/04/2023  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 26/04/2023

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/05/23

324,00

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

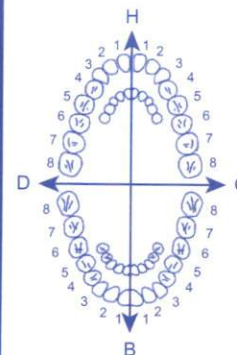
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

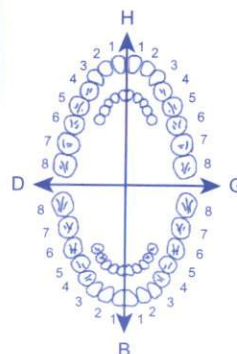
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(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

# PHARMACIE ONYX

Le 24/05/2023

## FACTURE N 19167

**Mme : AMALOU ZINEB**

Casablanca

Désignation	Qtité	Prix Unit HT	Montant HT
- Ramiprilwin 5g	06	54,00	324,00
Montant Global			324,00

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de :

Trois Cent Vingt-Quatre Dh

**PHARMACIE ONYX**  
Dr. Lahlou Nora  
Bd. Sidi Abderrahmane Lot. Salaj  
Lot N°9 Villa 75 - Casablanca  
Tél. 05 22 79 81 37  
**I.N.P**  
**092046150**

**Bd Abderrahmane, Lot Salaj N 9 Villa 75 Ain Diab Casablanca**



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

Nom et prénom : **epoudrine AMALOU ZINEB - Adhérent - M. AITKASS BOUJEMAA**

Matricule : **0440**

N° CIN : **B. 29165**

Adresse : **2, Rue Mer Méditerranée - AIN DIAR - EA FARBARIN**

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr A. BENGHAZI**

Spécialité : **cardiologue**

N° ICE : **001 589 0663 08 43 80**

N° INPE : **INP : 091022137**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **AMALOU Zineb.**

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 connue depuis 10 ans
- Vertiges justifiant l'échodoppler de TSA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Ramipril 5 : 1 cp/j x 3 mois**  
**Simvastol 40 : 1/2 cp/j x 3 mois**  
**vitaminés. D-cine 100.000 : 1 Amp. buvable / mois x 3 mois**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca le 26-4-2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr A. BENGHAZI**  
**CARDIOLOGUE**  
**275 Bd Zerktouni Casa**  
**Tel 0522 39 98 48**  
**Tel 0663 08 63 80**

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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

**PHARMACIE UNITA**  
**Lot N° 81 - Casablanca**  
**Tel : 05 22 79 81 37**

**54,00**

**54,00**

**54,00**

**54,00**

**54,00**

**54,00**