

# 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.

**Déclaration de Maladie**  
M23-003816 *17/08/11*

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**  **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **2300** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **BATAL MOHAMMED**

Date de naissance : **01-09-53**

Adresse : **HAY QADIS GR ZEHAIR**

N° **114 TENTOUSSI CASA**

Tél. : **0661517842** Total des frais engagés : ..... Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

**Pr. Majida ZAHRAOUI**  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse Hépatologie  
Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie  
86, bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 89 14/09

Date de consultation : **03/07/2013**

Nom et prénom du malade : **MV BATAL Mohamed**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 :

Signature de l'adhérent(e) : **BATAL**

Le : ..... / ..... / .....



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
03/07/2023	3	1	500,00 DH	Pr. Majda ZAKOUR M.D.D.H
17/07/2023	3	1	GRATUIT	Pr. Majda ZAKOUR M.D.D.H

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie Montant de la Facture Tel : 05 22.86.14.08 / 09 CASABLANCA
PHARMACIE Imm. 321 A/C - 15 Super Casablanca - Tel : 05 22.86.14.08 / 09	17 07.23.	983,46 Dhs.

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered with integers from 1 to 8, with some numbers appearing multiple times. The grid is centered at the origin (0,0) of a coordinate system. The horizontal axis is labeled 'D' and the vertical axis is labeled 'H'. The grid is bounded by a dashed line at the top and a solid line at the bottom. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2
- Row 2: 3, 2, 1, 2, 3, 4
- Row 3: 4, 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5
- Row 4: 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4
- Row 5: 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3
- Row 6: 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2
- Row 7: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 8: 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3
- Row 9: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4
- Row 10: 5, 6, 7, 8, 7, 6, 5, 4, 3

### (Création, remont, adjonction)

7 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. *Majida Zahraoui*

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER  
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX  
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES  
GERIATRIE

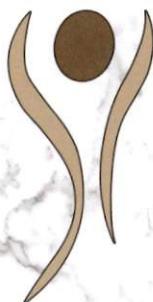
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE

PATHOLOGIES INFECTIEUSES

DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE

NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE

MEDECINE DU SPORT



الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني

في كلية الطب بمستشفى باريس

مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية

أمراض الشيروخية

أمراض الكبد - المنظار الباطني

الأمراض التغذية

دبلوم في طب المتابعة من معهد باستور بباريس

طب التغذية وعلاج السمنة - الطب الرياضي

[www.zahraouimajida.com](http://www.zahraouimajida.com)

Casablanca, le ..... 17/07/2023 ..... الدار البيضاء، في

Mr BATAL Mohammed

*9400  
6500A* SUPRADYN BOOST

*4800X9* 1 comprimé par jour le matin

*6800X9* STIMOL

1 ampoule 2 fois par jour

*680X3* LEVOTHYROX 25

1 comprimé par jour le matin

PHARMACIE AL HAMID  
Im. G3G M2 Cité Al Boustane  
Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél: 0522 73 03 71

**TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 3 MOIS**

*1  
983,40*

*Jels*  
Pr. *Majida Zahraoui*

Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse Hépatologie  
Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
Maladie Sexuellement Transmissible  
Pathologie Infectieuse Hépatologie  
Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
Maladie Sexuellement Transmissible  
Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie  
Sé. Bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA  
Tél: 05 22 86 14 08 / 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>. Casablanca

الرقم الأخضر : 07 62 988 987 - Tél.: 0522 86 14 08 / 09 / 10 0522 86 14 08 / 09 / 11 - الهاتف: 07 62 988 987

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : [zahraouimajida@gmail.com](mailto:zahraouimajida@gmail.com)

إقامة الجوادر 86، شارع مولاي إدريس الأول. الدار البيضاء

الرقم الأخضر : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني: v:

fax : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني: v:

VPC: 94,00DH  
LOT: CB04288  
EXP: 03/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

D  
C

6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH