

## 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° W21-807491

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL YALAOUI MOHAMED 175867

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 2, Rue TAHANAOUTE - HAY ESSALAM CASA

Tél. : 066141637 Total des frais engagés : 1414,50 Dh

Cadre réservé au Médecin Centre Psychiatrique Zerkouni

Dr Khalid ELALJ  
70, Bd Zerkouni, Appt 8 - Casablanca  
Tél: 0522 22 23 31 - 0522 47 25 85 - 06 70 80 00 80

Cachet du médecin :

Date de consultation : 5/8/23

Nom et prénom du malade : El Yaloui MA Age: 74

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

Nature de la maladie : Affection neuro-psychiatrique

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 d avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 5/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



| <b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b> |                   |                       |                                 |  |             |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|-------------|
| Dates des Actes                       | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   | Infirmier : |
| 07/08/93                              | Lk XTS<br>DSY     |                       | 500.00                          | (Signature)<br><b>Centre de Cardiologie Zerkouni<br/>Dr Khalid ELALJ<br/>70, Bd Zerkouni, Appt 8 - Casablanca<br/>Tél : 06 77 47 25 85 - 06 70 80 00</b> |             |

Centre Polytechnique Zerkouni  
Dr. Khalid ELALJ  
70, Bd Zerkouni, Appt 8 - Casablanca  
Tél: 0521 17 25 31 - 0522 47 25 85 - 06 70 80 00 80

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cadre du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie ARATUARIA<br>42 Rue d'Irfane Hay Salam<br>Casablanca - Tél.: 05 22 69 00 71 | 05/08/23 | 91450                 |

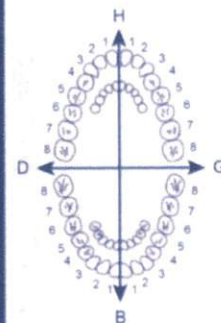
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |       |                                 |                           |
|--|-------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date  | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  | ..... | .....                           | .....                     |
|  | ..... | .....                           | .....                     |
|  | ..... | .....                           | .....                     |
|  | ..... | .....                           | .....                     |
|  | ..... | .....                           | .....                     |

| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |
|                                     | .....             |        |    |    |    | .....                              |

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

[illegible]

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                        | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|--|--|------------------------|----------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                        |                            | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
|  | H  |                        |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | 25533412   | 21433552               |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | 00000000   | 00000000               |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|  | D  | G                      |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000   | 00000000   |                        |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411   | 11433553   |                        |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B  |  |                        |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession  |  | MONTANTS<br>DES SOINS  |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |  | DATE DU<br>DEVIS       |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                         |  | DATE DE<br>L'EXECUTION |                            |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

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

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the central axis. The central axis is labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg**

60 gélules



6 118000 023340

LOT 230024 1

EXP 12 2025

PPV 297.00

Casablanca le :  
05/09/2023

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :

2 gélules après le premier repas

2 - URBANYL 10 MG. CMP. :

¼ cmp. le soir

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

R.V. LE : mardi 05 décembre 2023 à 15 heures.

Centre.psychiatrique.  
 zerktoni@gmail.com

70, Bd Zerktoni  
 étage 3 app 8  
 Casablanca

Tél : **0522 222 331**  
**0522 472 585**



IF - 53720714  
 ICE - 003251882000094

**Centre Psychiatrique Zerktoni**

**Dr Khalil EL ALJ**

70, Bd Zerktoni Appt 8 - Casablanca  
 Tél: 0522 222 331 - 0522 472 585 - 06 70 80 00 80

**PHARMACIE ARAUCARIA**  
 Hicham TALI pharmacien  
 42, Rue d'Irène Hay Salam C.I.L  
 Casablanca - Tél.: 05 22 36 13 05

URBANYL 10MG  
 CP SEC B30  
 P.P.V : 23DH50  
 LOT : 22E007N  
 PER: 10 2025  
 6 118000 061748