

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

N° W19-592420

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)	Société :
Matricule : <u>4443</u>	Autre :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>AYTOUARH EL MOUKHTAR</u>	
Date de naissance : <u>02-10-61</u>	
Adresse : <u>Al-Mouttahid</u>	
Tél. : <u>067101009</u>	Total des frais engagés : <u>688 Dhs</u>

### Cadre réservé au Médecin

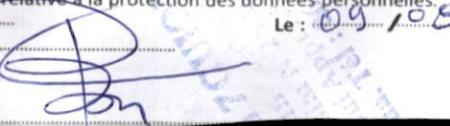
Cachet du médecin :

Date de consultation : <u>09.08.2013</u>	Age :
Nom et prénom du malade : <u>el mokhtar m zourh</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>MUPRAS</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>ACCIDENT</u>	
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 09/08/2013

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
09.07.13	G	G	15.00	INP : 061B3368 H 15 00

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ville Joyeuse D'Hamilton Lyne Place Nouveau Tarihi 4 Imm 9 Rdcn°2, Casablanca - Tel: 0529 28 88 31 ICE: 00267727700055 INPE: 092111467	09.07.13	538.20

**ANALYSES - RADIographies**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	

**RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Traitées	Soins	Montants

**COEFFICIENTS DES TRAVAUX**

**DIFAL®**  
Diclofenac sodique - Gel 1%  
Tube de 50 g  
INP : P.P.V. : 38,20 DH  
6 118000 191353

**CARBOSORB®**  
Transit

LOT : 220767  
FIER : 10\2025  
PPC : 79,50DH

PPV :  
EXP :  
Lot N° : 25/10

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIR**

H	21433L
25533412	00000000
D	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

**MONTANT DES SOINS**

DATE DE DEV

DATE DE LIV

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA EXÉCUTION**

78,70  
44,70  
18,00  
18,00

**DUPHALAC 10G/15ML**  
SACHET B20  
P.P.V : 71DH40  
6 118000 010487

LOT : 396948  
FIER : 11/2024  
PPC : 100DH00

**Docteur Ahlam Zguiouar**

Lauréate de la faculté  
De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital  
Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

ECG- Suivi de grossesse- Diabète -hypertension artérielle

Conseil nutrition



Cabinet Dr Ahlam Zguiouar

**الدكتورة أحلام ازكوار**

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بمختبرات

مولاي يوسف الدار البيضاء

الطب العام - الشخص بالصدى

تخطيط القلب - قياس العمل - مرض المكين و الضغط الدموي

الصحة العالمية

## ORDONNANCE

Déroulé le ..... 09.08.2023

P. Im Zourh Elmokhtar

Arbo sur b TRONST S.V.

1 - 1 - 1

Après les repas

S.V.

Trimidet gelule

666

1 - 1 - 1 A.M

S.V.

dys holte soch

18 x el

S.V.

25/11/2023

Estate

1 - 0 - 0

S.V.

Dr. Ahlam ZGUIOUAR

Médecin

El Attak

Deroua

Pharmacie ZOURH  
Dr. Hafid ZOURH  
Pensez à faire une tranche 4  
Imm 9 Rue 12, Casablanca  
Tél: 0520 28 88 31



26 جزئة النسيم (بدر الخير) الطابق الأول الشقة 3 الدروة

26 Lotissement Nassim (bader el khayr) 1er Étage Appartement 3 Deroua

Tel: 07.00.86.13.43 Gsm: 06.76.67.07.80

Bbo: 78,70

B30: 141,70

B30: Difomidan 60 1-0-0

3 mois

SV

Difformine 850  
18,00x6 5 - 1 - 1 Afr 3 mois

3 mois

SV

Furofur 1 - 0 - 1 polt 2 mois

25,10

~~533,20~~

Pharmacie Ville Joyeuse  
Dr Hamilou Lyne  
Perle Nouaceur Tranche 4  
Imm 9 Rdc n°2 Casablanca  
Tél: 0520 28 88 31

VB  
=

Contrôle des OBP

RECETTE  
Dr HAMILOU LYNE  
Casablanca  
Télé: 0520 28 88 31