

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-828157

187044

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

5485

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

EX. RAM

Nom & Prénom :

S.M.D

MOUHAJIR

Date de naissance :

26-11-1966

Adresse :

HABITUELLE

Tél. :

0661192797

Total des frais engagés :

335,000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**ZOUDIR EL GHEZOANI**  
**Médecin Généraliste**  
5, rue 4, 1<sup>er</sup> Etage Hay Tassoulal  
Angle Bd Mehdi Ben Barka  
Bourgogne Casablanca  
Tél: 0522 29 49 29

Cachet du médecin :

Date de consultation :

15/11/2023

Nom et prénom du malade :

Mouhafir

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bronchite aig

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 :

15 DEC 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Mouhafir



15 DEC 2023

R ACCUEIL BOUTCHIR

15/11/2023



### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/11/23        | C                 |                       | 200.65                          | INP : [REDACTED]<br>INPE: 091279752<br><br>DR. Zoubir EL GHEZOUANI<br>Médecin Dentiste<br>Bouygues Hay Tassadouf<br>BP: 1000 Casablanca<br>Téléphone: 0622294929<br>Montant de la Facture |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       |   |
|---|------------|---|
| PHARMACIE EL MANAR<br>CASA S.A.R.L.<br>48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa<br>INPE 092025204 | 15/11/2023 | PHARMACIE EL MANAR<br>CASA S.A.R.L.<br>48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casa<br>INPE 092025204 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre |       |       |       | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-------|-------|-------|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC    | IM    | IV    |                                 |
| .....                            | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... |                                 |
| .....                            | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... |                                 |
| .....                            | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... |                                 |
| .....                            | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... |                                 |
| .....                            | .....          | .....  | ..... | ..... | ..... |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED]                   |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------------------|
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED] |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]       |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | FIN D'EXECUTION [REDACTED]         |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | Coefficient DES TRAVAUX [REDACTED] |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]      |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | DATE DU DEVIS [REDACTED]           |
| [REDACTED]      | [REDACTED]     | [REDACTED]       | [REDACTED]  | DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]     |

ODF PROTHESES DENTAIRES

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433562 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433562 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

**[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



**Dr. Zoubir El Ghezouani**

**الدكتور الزوبير الغزواني**

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Agréé pour certificat de permis de conduire

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب  
معتمد لشهادة رخصة السياقة

Casablanca, le : 15/11/2023

**PHARMACIE**

**CA**

48 Av Mehdi Ben  
INPE

**PHARMAS** LOT : 7558  
UT.AV : 09-26  
PPV : 22DH70

Mr MOUHAJIR MOHAMED

**22,10** RINOMICINE Sachet

1 sachet x 3 / jour pendant 3 jours

**32,60** EUMOXOL 0.3 %, Solution buvable Flc 250 ml

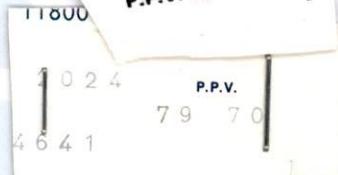
1 cas x 3/ jour pendant 7 jours

**79,70** ZITHROMAX 500 mg Cp boite de 3

1 cp /jour pendant 3 jours

**135,00**

LOT : 1790  
PER : 01 - 26  
P.P.V: 32 DH 60



Dr. Zoubir EL GHEZOUDI  
Médecin Généraliste  
5, Rue 4, 1<sup>er</sup> Etage Hay Tassahoul  
Angle Bd Mehdi Ben Barka  
Bourgogne Casablanca  
Tél: 0522 29 49 29



☎ +212 5 22 29 49 29      ☎ +212 6 61 05 10 72      ☤ zoubir.elghezouani@gmail.com

📠 5, Rue 4 Hay Tassahoul Angle Bd Mehdi Ben Barka, 1<sup>er</sup> étage, Bourgogne - Casablanca

حي التساهل زنقة 4 زاوية شارع المهدى بن بركة - بوركون، الدار البيضاء 5