

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-629544

188481

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0586 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed Zerrouh

Date de naissance : 1937

Adresse : 37, rue 16, Hay Tiro I, Casablanca

Tél. : 0700188811 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 12 2023

Nom et prénom du malade : Mohamed Zerrouh Age :

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

Nature de la maladie : Affection 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca le 27/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/12/23			400,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 834, Av. 2 Mars Prolongée Inara Casablanca Tel: 05 22 21 09 74	26/12/23	2287,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

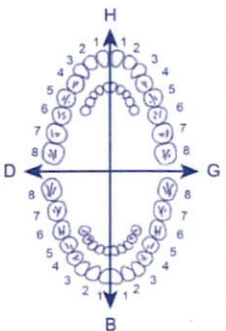
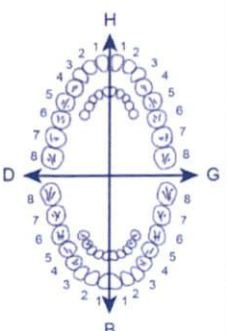
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
	[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



Centre Psychiatrique Universitaire  
**l'Eucalyptus**



المركز الجامعي للطب النفسي  
**الأوكالبتوس**

arr  
fin Janvier =

## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26/12/2023.

Mr Med.  
Zenrouls

150,60

1/ Serenquel 25mg  
1 CP/m le Soir

39,10 x 2 = 78,20  
2/ Neuleptil Gtt  
5 à 8 Gtt le Soir

Soi insomnie : Rajouter 5  
Gtt de  
Neuleptil.

228,80

**PHARMACIE MOUHSSINE**

MOUHSSINE Leila

334, Av. 2 Mars Prolongée Bouskoura  
Désobianca Tél : 05 29 05 88 80

*arr de 2 mois*

91177328  
Pr BENJELLOUN Roukaya  
Centre Psychiatrique Universitaire l'Eucalyptus  
Hôpital Universitaire International Mohammed VI

**SYNTHEMEDIC**

22 rue souhair benou el aouam roches  
noires casablanca

**SEROQUEL**

25mg

Cprss

Boîte de 60

26816 DMP/Z/NSF P.P.V.: 150,60 DH

6 118001 021338

**Maphar**

Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Neuleptil gouttes buv

4% 30 ml (mvi)

P.P.V.: 39,10 DH

118001 182954

**Maphar**

Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Neuleptil gouttes buv

4% 30 ml (mvi)

P.P.V.: 39,10 DH

118001 182954



## Facture N° 308/23

Date Entrée : 26/12/23  
Date Sortie : 26/12/23

Commune de Bouskoura le : 26/12/23  
Zerrouk Mohamed  
PAYANT

### Prestations médicales

Libelle	PU	Qte	S. Total
Consultation de psychiatrie (individuelle)	400,00	1	400,00

Total Général : **400,00 DH**

Arrêté la présente facture à la somme de : **quatre cents DH**





## Quittance N° 270

Date : 26/12/2023 à 11:51  
Au profit de : M. Zerrouk Mohamed  
Assurance : PAYANT  
Service : CONS/AMB  
Acte(s) : Consultation de psychiatrie (individuelle)  
la somme de : 400,00 DH (quatre cents DH)  
Type paiement : Espèce

