

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 074328

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 341 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHARAKAN Zahra 1990/19/5

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/2024

Nom et prénom du malade : CHARAKAN Zahra Age :

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

Nature de la maladie : Suivi HTA - neuropathie

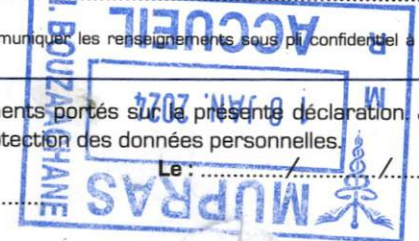
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



### 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
09.01.2024	C		200,00	Dr. Imrane MOUATTA MEDECIN AGREE par le Ministère de la Santé Visite Médicale, permis de conduire 710, BD. Oued Moulouya El Oulfa- Casablanca Tél: 05 22 90 22 22 911 68674

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 200 222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél : 0522.90.51.13 ICE : 002291220000071	09.01.2024	479,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

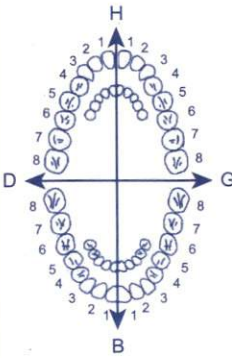
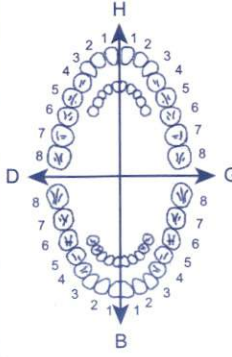
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

Médecin Urgentiste

Visite à domicile

Assistance médicale 24h/24h et 7j/7j

Transport médicalisé

Echographie

ECG



710, Bd Oued Sabou

Angle terminus 35 - EL ALIA

Tél: 05 22 90 33 27

06 42 41 41 37

drimrane@gmail.com

Casablanca, le 09.01.2024 في الدار البيضاء،

CHARAKAN Zihra

57,00 x 3

21 Tensiokers

21,80 x 5

21 Aspegic 100

63,00 x 3

31 Angloris

35,10 x 2

41 Becidonne



PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220 222 224 Bd Oued Moulouya El Oufia  
Casablanca - Tél: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220000071

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MÉDECIN AGRÉÉ  
Par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, BD. Oued Sabou Oufia, Casablanca  
Tél. 05 22 90 33 27

57,00

57,00

57,00

PPV:43DH00  
PER:09/25  
LOT:M3248

PPV:43DH00  
PER:07/25  
LOT:M2688

PPV:43DH00  
PER:09/25  
LOT:M3248

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPV 35DH10  
EXP 06/2026  
LOT 35041 1

**BECIDOUZE®** 20 dragées

PPV 35DH10  
EXP 06/2026  
LOT 35041 1

LOT :23E003  
PER:04 2025  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT :23E003  
PER:04 2025  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT :23E003  
PER:04 2025  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT :23E003  
PER:04 2025  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80



LOT :23E003  
PER:04 2025  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820

P.P.V : 21DH80

