

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

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

W21-834197

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08995 Société : Agel Adv Mar

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEKKAR 70 Mohammed Amine

Date de naissance : 19-05-1972

Adresse : 54 Rue Paris APT 4 RABAT

Tél. : 0661 500451 Total des frais engagés : 700,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALAMI Nada  
Spécialiste en Rhumatologie  
Hôpital Cheikh Zaïd  
INPE : 101 123 370

Date de consultation : 25/03/2024

Nom et prénom du malade : Bekkar - Amine Age : 51 ans

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

Nature de la maladie : Affection Rhumatismale

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 25/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-834197

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais eng. :

Date de dépôt :

# 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
28/03/24	Service de Secours			Dr. ALAM MALIQE Spécialiste en Maladies Hôpital Cheikh Zaïd INPE: 101 123 370

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZAHRA 12, Av. Prince Moulay Abdellah Rabat - Tél: 05 37 70 81 03 INP: 102057767	28/03/24	350,80

## 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
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

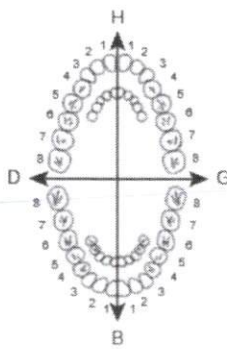
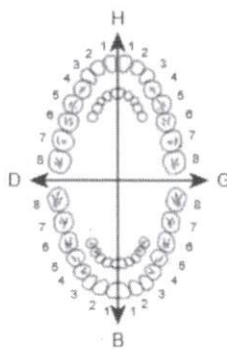
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	Montant des Honoraires	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				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"/>																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"> H  25533412 21433552  00000000 00000000  D 00000000 00000000 G  35533411 11433553  B </td> </tr> <tr> <td> (Création, remont, adjonction)  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 28.03.2024

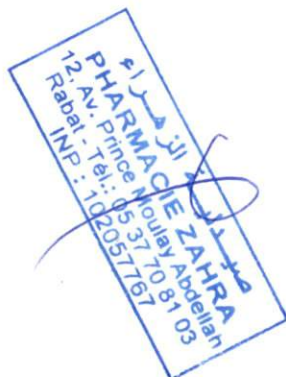
Docteur

Dr. ALAMI Nada  
Spécialiste en Rhumatologie  
Hôpital Cheikh Zaïd  
INPE: 101 123 370

Bekkari  
Mohamed  
Amine

175,40 x 2

Uloric 80 mg  
1 cpl  
3 mois



Dr. ALAMI Nada  
Spécialiste en Rhumatologie  
Hôpital Cheikh Zaïd  
INPE: 101 123 370



LOT 1149282  
MFG 07 2023  
EXP 07 2025  
SN HQS7CGN0LB0H22

PPV  
187DH70

300g  
Fébu

# Uloric<sup>®</sup> 80 mg

Fébuxostat

Voie orale



30 Comprimés  
pelliculés

Uloric<sup>®</sup> 80 mg  
30 Comprimés pelliculés



6 118001 240159



LOT 1149282  
MFG 07 2023  
EXP 07 2025  
SN HQS7CGN0LB0H22

PPV  
187DH70

300g  
Fébu

# Uloric<sup>®</sup> 80 mg

Fébuxostat

Voie orale



30 Comprimés  
pelliculés

Uloric<sup>®</sup> 80 mg  
30 Comprimés pelliculés



6 118001 240159

Royaume du Maroc  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

IPP : 1 674 790 N° de dossier : C244357620

Quittance N°

3.016 634  
DI : 3 449 352

Patient : BEKKARI MOHAMED AMINE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 28/03/2024

Description :

Medecin : C0922 ALAMI NADA

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



Assurance

ENT PAYANT B2C LO

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

Cachet du caissier :

N° 2305012