

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.

Diagnostique 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
Tél : 05 22 22 45 45 (L.C.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0005984

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9555 Société : RAM 66329
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : RAJI MOHAMED
Date de naissance : 03-12-1969
Adresse : HAY MASJID RUE 18 N°62 Casablanca
Tél. : 0667077325 Total des frais engagés : 490,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 05/09/2021
Nom et prénom du malade : RAJI Mohamed Age : 52
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite
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 : 5 / 9 / 2021
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
05/04/2021	C		1900M	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	5/04/21	349 M

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

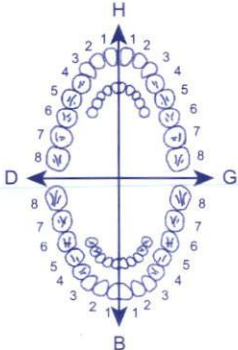
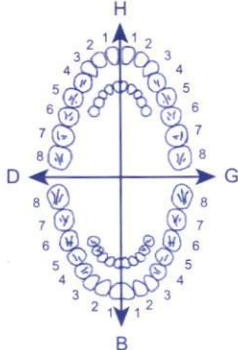
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

DR. AMAL ZARHLOULE

OMNIPRATICIENNE
D.I.U. EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE
LASERS MÉDICAUX À VISÉE ESTHÉTIQUE
NUTRITION ET MICRO-NUTRITION, DIABÉTOLOGIE
ECHOGRAPHIE GÉNÉRALE



الدكتورة آمال زخلول

الطب العام
دبلوم جامعي في أمراض الجلد التداخلية
الليزر الطبي من أجل التجميل والتقنيات الموازية
من أجل التجميل.
التغذية والتغذية الدقيقة
أمراض السكري والفحص بالصدى

Casablanca, le :

07/04/2023

3660 RAGI 1000
1) belastin 2mg cp
79.90 3cp/j (S) 1 jour
2) A200 cp (S) 3 jours
98.00 1cp/j
3) 2A1000 st (S)
79.00 1st x 2j (S)
4) A1000 500mg (S)
1580 1cp x 3j (S)
5) A1000 500mg (S)
1580 1cp x 4j (S) 6 jours

PHARMAS
LOT : 5106
UT.AV: 11-23
PPV:36DH60

79.90
PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3106



PPV: 98DH00
PER: 09-23
LOT: J2313

Rue
asid. Rue
ISABLAN
Tél: 05 22 80

Lot:
À consommer
avant le:
PPC: 79,00 DH

200578
10/2023

15,80
PPV 15DH80
PER 12/23
LOT J3582

شارع موديبو كيتا، سيدي معروف 3، زنقة 13، رقم 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار
modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1^{er} étage, App.N°1, CASABLANCA
الهاتف : 5 22 82 46 33 Email : amalzarh2002@gmail.com البريد الالكتروني

6 Kardegic 75 ST

30.70

18/7

Adh 107

LOT : 21E002
PER : 09 2022

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

ZARHLOUL Amal
Medecine Generale
d. Medibo Keita Sidi Maârouf 3
13 N° 3 - 1er Etage Appt. N° 1
Casablanca Tél : 05 22 82 46 33

PHARMACIE BELALAMI
Hay El Masjid, Rue 23 N°70
CASABLANCA
Tél: 05 22 80 79 47

T = 340,00