

# 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

- 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'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**Déclaration de Maladie**  
**M23-008927**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société : 203862

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. M. M. A. N. E. E. L. H. O. S. T. A. G. A.

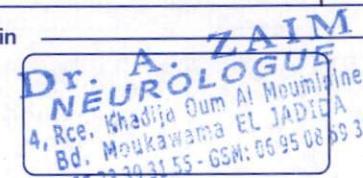
Date de naissance : 12-10-1950

Adresse : 118 Avenue Rouhani Maarif t.t

Tél. : 0663047862 Total des frais engagés : 15 dh

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 MARS 2024

Nom et prénom du malade : H. M. M. A. N. E. E. L. H. O. S. T. A. G. A. Age : 73

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

Nature de la maladie : SI Dementiel

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 : Casa Le : 6 / 3 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET AD

Déclaration

Remplir

Il se

ré

# 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 MAI 2024

5

300 DM

DR. A. ZAGLOU  
A.R.C. - Méd. Dent. Al Mouminine  
Bd. Moukarraba EL JADIDA  
TEL: 05 23 39 31 55 - GSM: 99 95 08 69 33

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE AL FATHI  
Dr. Omar EL FATHI  
83, Av. Med Errafii EL JADIDA  
Tél: 023 34 10 96

6/8/24

3715,20

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

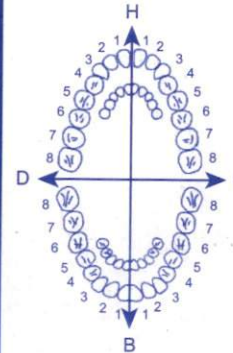
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

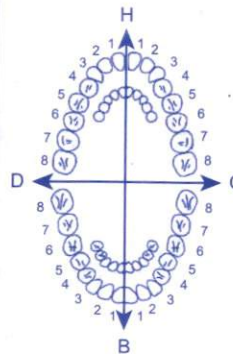
FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
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'EXECUTION

# CABINET MEDICAL DE NEUROLOGIE

**Dr Abdelhaq ZAIM**

**NEUROLOGUE**

Maladies du Système Nerveux

Musculaire et Epilepsie

Electroencéphalogramme (EEG)

Electroneuromyogramme (ENMG)



**الدكتور عبد الحق زعيم**

اخصائي في امراض

الجهاز العصبي العضلي و العمود الفقري

الصرع

التشخيص الكهربائي للدماغ

التشخيص الكهربائي للأعصاب و العضلات

El Jadida le :

06 MARS 2024

الجديدة في :

HOMME

EL 170 STRADA

1) 469.00 x 6 DOPEZOLAM



2) 150.20 x 6 PHARMACIE EL FATHI  
Dr. Omar EL FATHI  
83, Av. Mohamed EL WELA  
Tél: 023 34 10 96

ALMANTHA



Dr. A. ZAIM  
NEUROLOGUE

06 MAR 2024

3715.20

PHARMACIE EL FATHI  
Dr. Omar EL FATHI  
83, Av. Mohamed EL WELA  
Tél: 023 34 10 96

06 / 09 / 2024

Rendez-Vous le :

الموعد في :

إقامة خديجة أم المؤمنين رقم 4 , شارع المقاومة الجديدة الهاتف : 05 23 39 31 55 - المحمول : 06 95 08 69 33

Résidence Khadija Oum Almouminone N°4 Av. Al Moukawama - El Jadida - Tél.: 05 23 39 31 55 - GSM : 06 95 08 69 33

PPV: 469 DH 00



10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
à effet notable: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

PPV: 469 DH 00



Composition:  
DonépéziL.....10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
à effet notable: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

PPV: 469 DH 00



Composition:  
DonépéziL.....10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
à effet notable: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

PPV: 469 DH 00



Composition:  
DonépéziL.....10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
à effet notable: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

PPV: 469 DH 00



Composition:  
DonépéziL.....10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
à effet notable: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
Lot No: PTE1762A  
EXP.: 04/2025  
S.N.: JVT8TGJ39V6



PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
Lot No: PTE1762A  
EXP.: 04/2025  
S.N.: JZ2JVH7Y7AS



PPV: 469 DH 00



Composition:  
DonépéziL.....10mg.  
(sous forme de chlorhydrate).  
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.  
à effet notable: lactose  
Indications, Contre-indications, Posologie  
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.  
يحفظ به بعيدا عن مرمى ومتناول الأطفال.

PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
Lot No: PTE1762A  
EXP.: 04/2025  
S.N.: TEBPSNJJ3V5



PPV: 150 DH 20

GTIN: 16118001300980  
Lot No: PTE1762A  
EXP.: 04/2025  
S.N.: TEBPSNJJ3V5



Mémantine Chlorhydrate

PPV: 150 DH 20