

# 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042884

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6034 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DAUHA ZASTAFA  
Date de naissance : 20/07/1958  
Adresse : AL KHOUZANA 7100 10 APTS LISASFA CASABLANCA  
Tél. : 0661447351 Total des frais engagés : 227,00 + 350 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur K. EL ALJ  
NEUROPSYCHIATRE  
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa  
Tél : 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

Date de consultation : 08/04/2020  
Nom et prénom du malade : Daouda Hachefa Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection neuropsychiatrique  
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 : 09/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

7=D



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/04/2020      |                   | 1632.00               | 350.00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE L'HOPITAL s.r.l. A.U.<br>Angle Bd Zerkouni Et Rue D'agadir<br>Casablanca | 8/4/2020 | 113.50                |
| PHARMACIE DE L'HOPITAL s.r.l. A.U.<br>Angle Bd Zerkouni Et Rue D'agadir<br>Casablanca | 8/4/2020 | 113.50                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

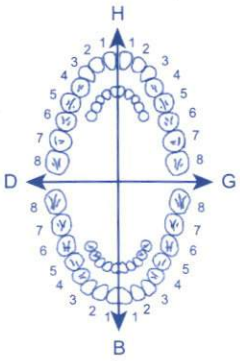
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|
|  |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H<br/>             25533412<br/>             00000000<br/>             D           </div> <div>             21433552<br/>             00000000<br/>             G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000<br/>             35533411           </div> <div>             00000000<br/>             11433553           </div> </div> B |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |
|   |   |                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العليج

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفسي

Casablanca, le

08/04/2020

MONSIEUR MOSTAFA DOUMA :

113.10

1 - MEDIZAPIN 2,5 MG. CMP. :

113.10

1 cmp. le soir.

TRAITEMENT POUR 60 JOURS.

Rdv lundi 08/06

à 11h



PHARMACIE DE L'HOPITAL sari A.U  
Angle Bd Zerktouni Et Rue D'agadir  
Casablanca

LOT: 028  
PER: MAI 2022  
PPV: 113 DH 50

LOT: 028  
PER: MAI 2022  
PPV: 113 DH 50

Docteur K. EL ALJ  
NEUROPSYCHIATRE  
70, Bd Zerktouni App. 8 - Casa  
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

PHARMACIE DE L'HOPITAL sari A.U  
Angle Bd Zerktouni Et Rue D'agadir  
Casablanca