

## 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

- Reclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-722028

133293

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite. R.A.M.  
 Nom & Prénom : ASSAL Mustapha  
 Date de naissance : 1963  
 Adresse : HAY EL HADA Rue N° 7 Villes 29.  
 Berrechid.  
 Tél. : 0604685633 Total des frais engagés : 379.94 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Ballonnements

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 : 14 OCT. 2022

Signature de l'adhérent(e) : 14/10/2022


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
05/10/2022	C.S.		330,00	INP : 06112461420

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/2022	79,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

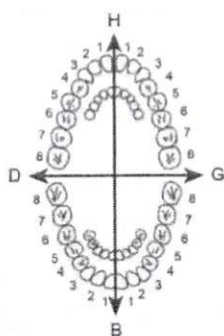
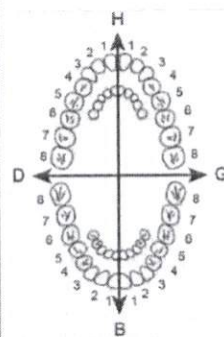
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
D.O.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur HASSINI Zineb**

**Hépatogastro-Entérologue  
et Proctologue**

Endoscopie digestive

(fibroscopie digestive haute, coloscopie)

Echographie abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)

DIU en Pathologies fonctionnelles digestives

de l'université de Lyon (France)

DIU en Maladies Inflammatoires chroniques

de l'intestin de l'université de Lille (France)



**الدكتورة حسيني زينب**

**إختصاصية في أمراض الكبد**

**والجهاز الهضمي والبواسير**

الفحص بالمنظار للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقبلة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

ديبلوم في أمراض الشرج والبواسير (فرنسا)

ديبلوم في أمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

## Ordonnance

Berrechid, le 05 / 10 / 2022

Dr. Ab Kaour Amina

79,90

Kalmagas



صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Ried  
Dr. Siham TAMIR  
N° 1-2 Mosquée Ried  
Hay Ried (A côté du Stade Sport) Berrechid  
Tél / Fax: 05 22 33 08 22

2 gel x 3/

**Dr. Zineb HASSINI**  
Spécialiste en Hépatogastro-entérologie  
Angle Bd. Mohamed V et rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed Berrechid  
Entrée B, 2ème Etage N°6  
Tél : 05 22 03 05 50 - 06 58 00 00

**KALMAGAS®**

LOT : 220449  
PER : 06/2027  
PPC : 79,90DH

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمالة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed  
Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com