

# 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.



136556

**Déclaration de Maladie : N° P19-0005767**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5572 Société : Ram  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ACHMAOUI ABDELHADI Date de naissance :  
 Adresse : hab. Kelli  
 Tél. : 06 99 77 89 14 Total des frais engagés : 390,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2022  
 Nom et prénom du malade : ACHMAOUI ANINE Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : URTOLOGIE  
 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 : 20/10/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

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



# 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
21/10/22	Consult	3	300,00	
21/10/22	Contrôle	1	90	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CHOURA</b> <b>DR. ABDOU FATIHA</b> <b>ASSIL H.M. / BNOU LE WANANE</b> <b>Tél. 05 22 60 30 63</b>	20.10.22	390,60

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				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

الدكتور رضا الحلاوي

Docteur Réda HALLAOUI

طبيب أخصائي

في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية  
الفحص والجراحة عبر المنظار، تفتيت الحصى، السيلان البولي  
جراحة البروستاتا والجهاز التناسلي للرجل  
الاضطرابات الجنسية والعقم عند الرجل  
الختانة - الفحص بالصدى

Chirurgien Urologue - Andrologue

(Maladies et Chirurgie de l'Appareil Urinaire (reins, Vessie  
Incontinence Urinaire, Lithotripsie Extracorporelle

Maladies et Chirurgie de la Prostate

Chirurgie Génitale, Stérilité Masculine & Impuissance Sexuelle

Circoncision - Sexologie - Echographie

Laparoscopique & Endoscopique

Casablanca, le :

20/10/2022

1) Achmaoui Amine

130.20 x 3

Tre - Zeu



20/11/22  
N°=2397

lip b s o r

(3 mois)

390.60

PHARMACIE CHOURA  
Dr. ABDOU FATIHA  
ASSIL H.M IBNOULE YANANE  
Tél. 05 22 60 30 63

Dr. REDA HALLAOUI  
MEDECIN SPECIALISTE  
CHIRURGIE UROLOGUE  
ANDROLOGUE  
76, Bd. Grande Ceinture  
Hay Mohammadi - Casablanca  
Tél: 05 22 62 51 52  
URGENCE: 05 61 09 17 07

76, Bd. Grande Ceinture, Résidence Al Khair (à côté Kissariat Aziza) Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 62 51 52 - URG : 06 61 09 17 07

E-mail : dr.hallaoui@gmail.com



PHARMACIE CHONGRA  
DE ARBORE  
ASSI NIBOU  
14 02 22 00 147

130,20

PPV 130DH20  
PER 09/24  
LOT L1513

**TRE-ZEN® 20mg**  
Chlorhydrate de paroxétine  
30 comprimés  
pelliculés sécables



6 118000 041467

130,20

PPV 130DH20  
PER 04/24  
LOT L1513

**TRE-ZEN® 20mg**  
Chlorhydrate de paroxétine  
30 comprimés  
pelliculés sécables



6 118000 041467

130,20

PPV 130DH20  
PER 05/24  
LOT L1778

**TRE-ZEN® 20mg**  
Chlorhydrate de paroxétine  
30 comprimés  
pelliculés sécables



6 118000 041467