

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-786944

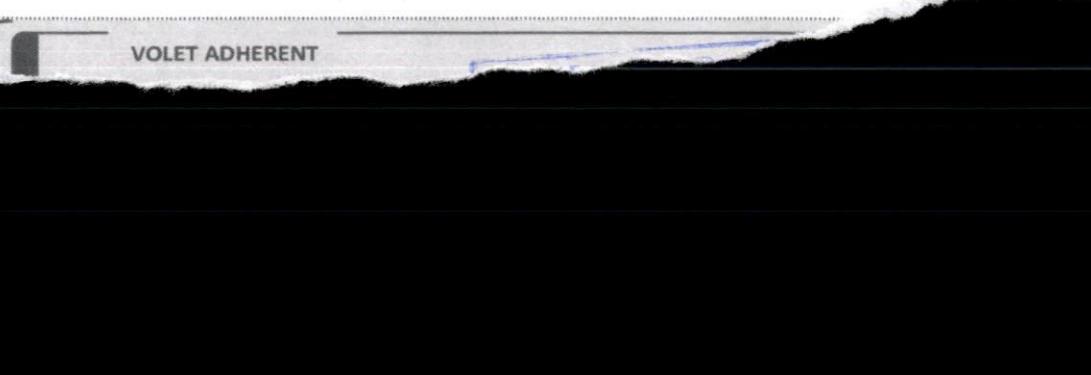
AS2739

|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie  | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique        | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                |                                       |   |                                 |
| Matricole : 1098                             |                                       | Société : RAM                           |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif    | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        |                                 |
| Nom & Prénom : DONNASR HASNA                 |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 29-01-71                 |                                       |   |                                 |
| Adresse : N° 9 Rue 8 Miamian californie. USA |                                       |   |                                 |
| Tél. : 06 48 04 80 37                        |                                       | Total des frais engagés : 100 + 192 Dhs |                                 |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |                                   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |                                 |
|   |                                   |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation : 04/03/2023   |                                   |                                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : DONNASR HASNA Age :   |                                   |                                   |                                 |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : herpes   |                                   |                                   |                                 |
| 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 : 0050 Le : 09/03/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : HASNA



| RELEVE 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                    |
| 04/03/2023                     | Cs                | 0.1                   | 100 dh                          | INP 091247890<br>Dr Soukaina EL ADI<br>Médecin Généraliste<br>44, Bd. PAUL BAHUAN |

# Dr Soukaina EL ADIB

Lauréate de la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## Médecine Générale

Echographie Générale  
Suivi de Grossesse  
Cupping Therapy  
Suivi des Maladies Chroniques  
Electrocardiographie  
Examen d'Aptitude du Permis de Conduire



الدكتورة سكينة الأديب

خريجة كلية الطب  
بالدار البيضاء

## الطب العام

الفحص بالصدى  
متابعة الحمل  
الحجامة الطبية  
متابعة الامراض المزمنة  
التخطيط الكهربائي للقلب  
الفحص المؤهل لرخصة السياقة

Casablanca le: 04/03/2023 الدار البيضاء في:

Mme DOUNIS R HASNA

114,7,50  
11 théiologe

15,00  
21 Zomig crème  
1 goutte x 3 / J

TEL: 05 22 50 60 26  
H/ V KUMA - CASABLANCA  
BD. Ouled Haddou, N° 39 BIS,  
PHARMACEIE BOULEVARD  
OULED HADDEB



1 Amp x 2/5

102,40

Dr Soukaina EL ADIB  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE, 1er étage  
Casablanca - Tel.: 05 22 52 04 37

Dr Soukaina EL  
Médecin Généraliste  
144, Bd. PANORAMIQUE  
Casablanca - Tel.: 05 22 52 04 37

V827621UMAR0919



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouleoura - Maroc  
N° Homologation Maroc:  
15/3/2018/D/007/20/OM  
PPC: 147,00 DH

ID: 651125  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 45,00 DH  
6 118001 141548

شارع 144

114, Bd Panoramique, 1er étage. (Prés de Pharmacie Panoramique) Casablanca

Tél.: 05 22 52 04 37 الهاتف: