

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-783452

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12069**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**MSADEK HAMID**

**A 64190**

Date de naissance :

**18/04/1977**

Adresse : **St. rive 201 Hay Nly Abdellah**

**ain chak Casa**

Tél. : **06.60.40.16.10**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR MOUSTAFA EL IDRISSI ALLAL**  
**PHYSIOTHERAPEUTE**  
**TEREPAGE BILOGIQUE**  
**AIN CHAK - CASABLANCA**  
**TELEPHONE 05 22 52 19 01**

Date de consultation :

**15/04/2023** **Hamid MSADEK** Age: .....

Nom et prénom du malade :

**Hamid MSADEK**

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

**Affection des yeux**

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**

Date de l'adhérent(e) : **15/04/2023**

Le : **15/04/2023**

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ALAZHAR</i> DIOURI MOHAMED 133 Bd Taza Hay Mly Abdellatif - Casab Tél : 05 22 21 59 00	15/04/23	122.40

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
091188870 TÉLEFON: 05-22-51-31-66 PHARMACEUTIQUE PARIS 13 <sup>e</sup> FRANCE	15-01-93	PA THORAX	200 DFL

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	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"/>															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B	B	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B	B	G																
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																			

Docteur Moustarhfir EL Idrissi Amal

Pneumologue

Bd Taza N°3, Inara 2, Ain Chock, Casablanca

~~Dr Moustarhfir EL IDRISI AMAL~~  
~~Ain Chock - Casablanca~~  
~~Tel: 05 22 51 90 01~~  
Casablanca, Le.....15/04/2003.....

Facture, Compte rendu de la Radiographie du Thorax

Mr,Mme,Mlle.....Hamid NS ADEK.....

A subi une radiographie du thorax ce jour et a payé : deux cent dirhams (200 Dirhams)

Résultat : Rx thorax dans les limites de la normale.

Asthme - Tuberculose - Allergie

Bronchoscopie

Tests cutanés - EFR (spirométrie)

Pathologie du sommeil



PHARMACIE AL ZHAR  
DICURI MOHAMED  
133, Bd Taza Hay My Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 21 59 66

الضيق - السل - الحساسية

الشخص بالانتظار

فحص وظائف الرئة

أمراض التوم

اختبار الحساسية

Casa Le : 15/04/68  
الدار البيضاءHamed NS A DEK1) Le flanax  
3481ج اى نهارات 3-16-40,00  
2) Effipred 20  
3481 ج اى نهارات 3-16-3) Apixarel 50  
3481 ج اى نهارات 3-16-60,00  
4) AZ 500  
3481 ج اى نهارات 3-16-22,50  
5) Rhinomycine  
1 sachet a 8

EFFIPRED® 20 mg  
PPU 40DH00  
EXP 01/2026  
LOT 2N015 11

AZ® 500 mg  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés  
PPV : 60,00 DH  
6 118000 190097

مختبرات الصناعات الدوائية  
الجهوية ل Ain Chock  
الدار البيضاء

22,50

الطابق الأول، شارع تازة، الرقم 3، إنارة 2، عين الشق - الدار البيضاء

1er Etage, Bd Taza N° 3 Inara 2, Ain chock Casablanca

Tél.: +212 522 521 901 / Gsm : +212 663 407 724 / E-mail : a.elidrissim@yahoo.fr