

## 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° W19-424047

ND 5044

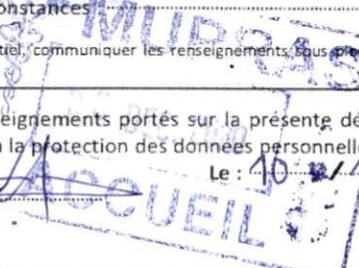
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricle : 4969		Nom & Prénom : FAHAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 16-6-1965		<input type="checkbox"/> Autre : Mohamed	
Adresse : Habtelle			
Tél. : 06-66046689		Total des frais engagés : 876,80 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur ZINEDDINE intit Bd. Nil Bloc 20 N°26 1er Etage Casablanca Tél: 05 22 56 39 89			
Date de consultation : 10/11/2020			
Nom et prénom du malade : Khaboula Fakir Age: 1997			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ence			
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 : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
10/11/2022	S		1800	INP : 0102022 Signature / par ZINEDDINE Bouabid Bloc 20 N°26 Casablanca T 225 53 39 80

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ph. Sanap Casablanca SARL à Responsabilité Limitee BLOC 18 N°15 Sidi Othmane Tél 05 22 37 56 99	21.11.20	726,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.

**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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	G			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

# الدكتور زين الدين ادريس

## Docteur ZINEDDINE DRISS

Specialiste Medecine de Travail  
(RENNE)

Diplome Universitaire de Medecine de Sport  
d'Echographie et de La Douleur  
Ancien Medecin Chef de l'Hôpital JMIAA

Bd. Nil Bloc 20 N° 26 1er Etage  
Casablanca



أخصائي في طب الشغل  
حاصل على دبلوم جامعي في الطب الرياضي  
الشخص بالصدى - تقويم وعلاج الألم  
طبيب رئيس سابق بالمستوصف المدينة الجديدة  
(جميعة)

شارع نيل بلوك 20 رقم 26 الطابق الأول  
الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 56 89 39

Casablanca le : 10/11/2020 الدار البيضاء في :

FAHAN KHAOULA

① AZIX 500 (26x5) 5V

79,70x2 1cp5

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2782

PPV: 79DH70  
PER: 10/23  
LOT: J2863

14,00

② IREDNID 20 mg 5V

42,00 3cp5 165

PPV: 42,00DH  
LOT: 0B81051  
PER: 05-2021  
PPV: 185,00DH

VENTOLINE 100 mcg  
Aerosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

③ AN DOL 1000 5V

115,00 1cp 3x5

VENTOLINE 100 mcg  
Aerosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg  
Aerosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

④ SAFLU 250 5V

185,00 1bottle 2x5

VENTOLINE 100 mcg  
Aerosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg  
Aerosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

⑤ VENTOLINE 5V

45,30x3 2bottles 100mcg

LOT: 200713  
PER: 01-2023  
PPV: 140,00DH

⑥ Oedis 200mg 5V

110,00 1cp51

Ph. Sahaa Casablanca  
SARL Associé d'Ornellaie  
Bieloc 18 N°15 à Ormaraie  
Tél: +212 37 56 99

③ Centec long

50,00 145

726,80



UT.AV.:	P.P.V.
0 6 2 2	5 0 0 0

50,00

A hand-drawn sketch in blue ink, consisting of a vertical line with a horizontal extension to the right and a curved line above it, resembling a stylized figure or a medical instrument.

Docteur ZINEDDINE DRISSI  
Bd. Nil Bloc 20 N°26 1er Etage  
Casablanca  
Tél: 05 22 56 39 89