

## 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° W21-624231

83809

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10126</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>DADOUN</b>		<b>HANAA</b>	
Date de naissance : <b>27-01-72</b>			
Adresse : <b>Rés. les jardins mal fleuri. Imc. N° 9</b>			
Csex : <b>Cexe</b>			
Tél. : <b>0661 24 6619</b>		Total des frais engagés : ..... Dhs	

Autorisation CNOPP n° : <b>W21-624231</b>	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : <b>07/09/21</b>			
Nom et prénom du malade : <b>DADOUNE Hanaa</b>		Age : ..... 	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Gonflement gencive</b>			
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** **Le :** **07/09/2021**  
**Signature de l'adhérent(e) :**

## **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
07/10/21	C	200,-		INP : 08108X6615 Docteur KHALIL Mohamed MÉDECINE GÉNÉRALE ACUPUNCTURE Rue Kaid ALACHAK

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AGENCE N. D'AOUSSADA 135, rue Aoussada - Tél. : 0522 25 05 77	12/16/2010	€ 46,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire en PDF Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>Centre c2 Rodhaqia</b> <b>Ibn Rochd</b> <b>M. Rue des Hébertot</b> <b>1000 Casablanca</b> <b>Tel : 05 21 22 75 55</b> <b>Dr. LAZRAIK Amal</b> <b>Médecin Radiologue</b>	08/03/2018	Dr. R. A. Jules c-f-p	250/-

INFFX1091093278

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/> 4.
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline D \quad G \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline B \end{array}$ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

Docteur Khalil Mohamed

DIPLOME DE L'INSTITUT DE  
MEDECINE DE PEKIN

Laureat de l'Institut de Médecine  
Traditionnelle chinoise de Pékin

ACUPUNCTURE

MEDECINE GENERALE

Rue kaïd Al Achtar Résidence Bibi  
3ème Etage - Porte A - Maârif  
Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

Aut. N° 8059

CASABLANCA

PHARMACIE DE LA CROIX D'OR

N. DADOUN

139, rue Abou Ishaït Al Marouni (Maârif)

CASABLANCA - Tél : 0522 8059

الدكتور خليل محمد

خريج كلية الطب ببكين

خريج معهد الطب التقليدي الصيني بكين

الوخز بالإبر

الطب العام

زنقة القائد الأشطر إقامة ريج الباب 1 - المغاريف الطابون

الهاتف : 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

رخصة رقم 8059

الدار البيضاء

Casablanca, Le

07/9/24

الدار البيضاء، في

Mr. DA'DOUN Hana

PPV: 10DH  
PER: 05/12  
LOT: K14

PPV: 10DH30  
PER: 12/23  
LOT: J3642

PPV: 61DH50  
PER: 12/23  
LOT: J3472

PPV: 10DH30  
PER: 12/23  
LOT: J3539

PPV: 10DH30  
PER: 10/23  
LOT: J2754

PPV: 10DH30  
PER: 12/23  
LOT: J3642

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

Docteur Khalil  
MEDECINE  
ACUPUNCTURE  
Rue Kaïd Al Achtar  
Maârif  
Tél.: 05 22 23 00 09

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J494-1

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

61,50

Mohamed 15 F

51,50

(10,30x5) / Cpl  
Doliphar 100 ml

384,00

Q (96,00 x 4)  
100 ml + 20 ml

1 galante

493,00

**Docteur Khalil Mohamed**

DIPLOME DE L'INSTITUT DE  
MEDECINE DE PEKIN

Laureat de l'Institut de Médecine  
Traditionnelle chinoise de Pékin  
**ACUPUNCTURE**

**MEDECINE GENERALE**

Rue kaïd Al Acheter Résidence Ribh  
3ème Etage - Porte A - Maârif  
Tél.: 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56  
Aut. N° 8059  
CASABLANCA

**الدكتور خليل محمد**

خريج كلية الطب ببكين

خريج معهد الطب التقليدي الصيني ببكين  
**الوخز بالإبر**

**الطب العام**

زنقة القائد الأشطر إقامة ريج الباب ١ - المعاريف الطابق الثالث

الهاتف : 05 22 23 00 09 / 05 22 25 87 56

رخصة رقم 8059  
الدار البيضاء

Casablanca, Le ..... 07/9/21 ..... الدار البيضاء، في

Mr DADOUNE Hanae

Re: Sonnenflecke

Centre Générale Radiologie  
Ibn Rochd  
44, Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél: 05 22 22 75 95

Docteur KHALIL Mohamed  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
ACUPUNCTURE  
Rue Kaïd Al Acheter Résidence Ribh  
Maârif Casablanca  
Tél: 05 22 23 00 09



Patient : DADOUN HANAA

Casablanca, le 08/09/2021

**Radiographie du genou gauche face et profil**

- Pincement modéré du compartiment interne de l'articulation fémoro-tibiale.
- Epines tibiales saillantes.
- Absence d'anomalie osseuse focalisée.
- Parties molles d'aspect radiologique normal.

Merci de votre confiance.

Dr LAZRAK

Centre d'<sup>2</sup> Radiologie  
Ibn Rochd  
44, Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél: 05 22 22 75 95

Dr. LAZRAK Amal  
Médecin Radiologue  
INPE : 091093278

