

## 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

Autorisation UNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-668114

104703

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

1825

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Séhaini Abdellah

Date de naissance :

Habatelle

Adresse :

0661.564.753

Total des frais engagés : 460.85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ASMOUN Ahmed  
Spécialiste des Maladies de l'appareil digestif Ex. Asthme Thymaire  
d'Endocrinologie et Diabète  
Place de La 1ère Avrile - 8, Bd.  
Khouribga 2eme Etage Derb Omaïd  
Casablanca Tel: 0522.51.58.50/41

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

Enfant

Nature de la maladie :

SEHAINI Zoubida

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 :

Le : 05/10/2012

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

#### **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
5 NOV 2021	4	1	22600#	INP : 091013169 Ahmed Aymoun Dr. Aymoun Ass. Malakat Al Jadidah Al Jadidah Hospital Dr. Aymoun Dr. Aymoun Dr. Aymoun

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie AL MAMOUDI SE 1000 - B 2285 El Hadj Bou El Moudawine</i>	26/11/2011	210,80

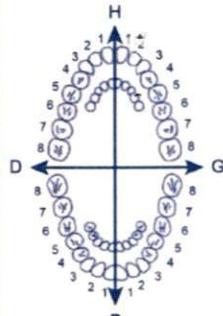
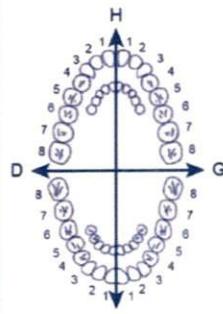
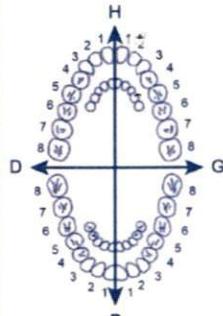
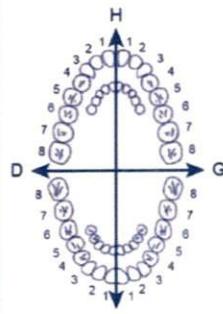
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

# Dr ASMOOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hérmoroides, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE

CASABLANCA

الدكتور أسمون أحمد

إخلاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج وال بواسر

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : 26 NOV 2021 الدار البيضاء في :

SE HANIRI

Zoub. ح.

SYNTHEMEDIC  
27 rue zoubir bniou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg C GR  
Boite 14  
640150MP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

82,10  
- INEXIUM 20

PPV 38DH50 EXP 10/2023  
LOT 09034 4

38,50  
- NAR 1 vol

27,50  
- Sposion

160 NYA  
27,50

PHARMACIE  
Lotissement  
Lot 1 Bd Mohamed  
Tél: +212 5225  
GSM: +212 568 082

PPV 38DH50

EXP 03/2024  
LOT 11039 5

Zepam 6ms N.2

my 24/1

62.76

Urostat

my 24/1

Pharmacie Al Sehia  
Dr. SEHIA  
Lotissement Irakide  
Tél.: 05 22 32 85 65 - 05 22 32 47 42

~~Dr. ASMOUN Ahmed  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et Appareil Urinaire  
d'Endocrinologie et Diabète  
Place de l'Indépendance 8, Bd.  
Khouribga 2ème Etage Dar Oumra  
Casablanca Tél: 022 21 58 50/48~~