

# 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 orthodontique, 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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° M21- 081518

(105662)

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TAHAL ABU  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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 canaux, 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 canaux.

## 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'Horizon



# Déclaration de Maladie

N° W21-661478

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

\*Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TARHALI ADDERRAHMANE  
 Date de naissance : 14/11/66  
 Adresse : 52 Rue Koutoubia Ben Moustafa, Bouja  
 Apt 13 Marny - LATA  
 Tél. : 067552215 Total des frais engagés : 535,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr. M. BENNOUNA  
 PÉDIATRE  
 220, Bd Chendi Dar Asmaa - Casablanca  
 Tél : 05 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/21  
 Nom et prénom du malade : TARHALI Mohamed Chouh  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : crise d'asthme

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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28/10/22

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-661478

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
 réclamation ultérieure.

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :



[illegible]

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Dr. KERMOUDI Mohamed Amine  
Rés. Ezzahra Imm.3 Mag.3  
Bouskoura - Casablanca  
0733 32 00 71 0677 76 43 15

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Montant détaillé  
des Honoraires

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de																
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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D ————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; text-align: right;">B</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D ————— G															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
		B														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

## VOLET ADHERENT

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

*Dr. Mohammed Bennouna*

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métérie, Endoscopie digestive  
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la Faculté de Médecine  
Xavier Bichat - Paris



**الدكتور محمد بنونة**

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع  
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le ..... 21.12.2021 ..... الدار البيضاء، في

**Enfant TARHALI MOHAMED CHOAI B**

Age : 4 ans 11 mois

Poids : 24,70 Kg

129, 122  
1 FLIXOTIDE 125 µg/dose susp p inhal : FI/120d

Une bouffée 2 fois / jour pendant 2 mois

289, 2  
2 BABY HALER GSK



Dr Mohammed Bennouna

**D. M. BENNOUNA**  
**PÉDIATRE**

220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca  
Tél : 05 22 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

535, 2  
**PHARMACIE NAKHIL**  
Dr. KERMOUDI Mohamed Amine  
Rés. Ezzahra Imm. 3 Mag. 3  
Bouskoura - Casablanca  
Tél : 05 22 95 12 32 / 06 77 76 43 18

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت)، الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 06 61 14 73 72  
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

ID: 645959  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
6 118001 140329

ID: 648357  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 125,00 DH  
6 118001 140329

ZENITH Pharma  
PPC: 285,00 DH

Tips-haler®  
Masque cloisonné pédiatrique  
Orhal® / Partitioned pediatric  
mask Orhal®  
(12 mois à 6 ans)  
(12 months to 6 years)  
Lot/Batch: 17060904/AA



# Pharmacie NAKHIL - Bouskoura

Amine KERMOUDI

0522320071

residence azzahra mag 3 imm 3 bouskoura,



**Facture N° 20220214-890**

Date de vente : 21/12/2021

Médecin traitant :

**TARHALI MOHAMED CHOAI**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
TIPS-HALER CHAMBRE D'INHALATION MASQUE PEDIATRIQUE CLOISONNE 1-6ANS	1	285,00	TVA (20.00%)	285,00
FLIXOTIDE AE 125µG AEROSOL	2	125,00	Exonéré (0.00%)	250,00

**PHARMACIE NAKHIL**  
**Dr KERMOUDI Amin**  
Résidence Azzahra Imm 3  
Magasin 3 Bouskoura  
Casablanca-Tél:06 77 76 43 18

Total HT	487,50 DHS
TVA	47,50 DHS
<b>Total</b>	<b>535,00 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent trente-cinq DHS**