

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- N° 000686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 47 80 Société : 125080

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KODARI FATMA

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 06 45 74 19 05 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SAHNOUN A.  
UROLOGUE  
INPE : 091025940

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 1. n. f. s. m. a. d. e. l. b.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....

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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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
01 AOUT 2022		5	30000	

RES

Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

الدكتور  
Dr. SAHOUN Abdelhak  
Chirurgien Urologue - Andrologue  
09124 26 13 14  
N° de l'acte : 091025940  
INPE

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BEN ROUCHD</b> <b>Mehdi BELAYACHI</b> 355, Av. Neda Guedira, Cité Djamaâ Casablanca - Tél: 0522 37 07 06	01/08/22	108,00

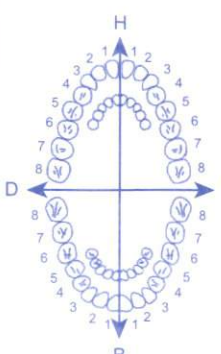
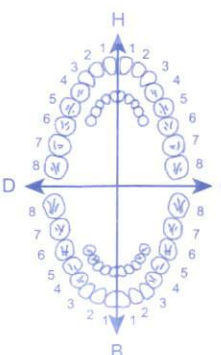
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

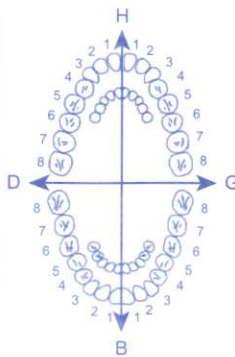
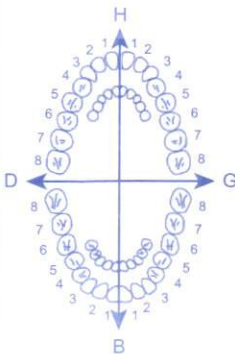
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b>                      <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <hr style="width: 100%;"/> <b>B</b> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

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											
	<div><div>H</div><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div>D<div>G</div></div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><div>B</div></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



حصى الكلى والمسالك البولية - سرطان المسالك البولية والتناسلية - الفحص والجراحة بالمنظار  
جراحة الفتق - الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي - العقم عند الرجال - انفلات البول  
Calculs appareil urinaire - Cancers Urologiques - Endoscopie Diagnostique et Interventionnelle - Echographie  
Lithotripsie - Chirurgie des Hernies - Dysfonction Érectile - Infertilité Masculine - Incontinence Urinaire

01 AOUT 2022  
Casablanca Le : الدار البيضاء في :

M<sup>r</sup> KHOUARI FANA

10800  
12)

VECA SV



14/

1moy

PHARMACIE IBN ROUCHD  
Mehdi BELAYACHI  
355, Av. Neda Guedira, Cité Djamaà  
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

الدكتور سحنون عبد الرزاق  
Dr. SAHNOUN Abderrazak  
أختصاصي في جراحة الكلى والمسالك البولية  
Chirurgien Urologue - Andrologue  
شارع النيل ببلوك 37 رقم 49، الطابق الأول سني عثمان - الدار البيضاء  
Tél: 05 22 38 38 35

05 22 38 38 35 : الدار البيضاء الهاتف :  
Bd. Nil Bloc 37 N°49, 1<sup>er</sup> étage Sidi Othmane - Casablanca Tél. : 05 22 38 38 35

في حالة الطوارئ يرجى الاتصال : 06 53 31 57 77 en cas d'urgence veuillez contacter :