

## 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.

## Bééducation :

- 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0032697

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1111	Société : RAM	147540	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MANSOURI HMAID			
Date de naissance : 01-07-1954			
Adresse : N° 178 - Bloq 4 - Cité' Commune Habaine Hay Hassani Casablanca.			
Tél. : 061 65 89 92	Total des frais engagés 1087,10 Dhs		

<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">  </div> <p>Date de consultation : <u>30.1.2023</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>MANSEUF Hélène</u> Age: <u>69</u></p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Grippe Respiratoire</u></p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input checked="" type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : .....</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....</p> <p>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.</p>
--

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 : 31-01-2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : ..... / ..... / .....

9 

### 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 Payerement des Actes
30/1/23	1		300 DH	PROTHESISTE DENTAIRE Abdelaziz Boudjedra 40-940-02-02-02 N.P.E. 09103512212
29/1/23				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/1/23	750,00
	30/1/23	377,12

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
		</td		

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج الناعم

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإفلاع عن التدخين

Casablanca, le : .....

30/01/2023

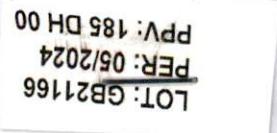
MANSOURI HMAD

185,00  
x2

- Saflu 250 µg  
2 bouffées, matin, soir, pendant 2 mois

190,00  
x2

- AEROMAX  
2 pulvérisation, soir, pendant 2 mois



LOT: GB21166  
PER: 05/2024  
PPV: 185 DH 00

LOT: 036S007A  
PER: 06/2024  
N° d'AMM 149/21/NRQd/DMP/VHA/18  
PPV : 190,00 DH

Professeur  
Abdelaziz AICHANE  
40, Rue des Hôpitaux  
Casablanca  
Tel: 05 22 22 03 03 / GSA: 95 51 72 82 00

SAFLU 250 microgrammes  
Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé  
120 doses

6 118001 01290

LOT: 066S044B  
PER: 07/2024  
AMM : 149/21/NRQd/DMP/VHA/18  
PPV : 190,00 DH

الهاتف : 05 22 22 03 03

40 شارع المستشفى  
ochd - Casablanca

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيقه وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج الناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : .....

30/01/2023

## MANSOURI HMAD

- 26,95  
10,20  
37,10
- Vitaminec 1000**  
1 comprimé, matin, pendant 7 jours
  - Dolostop 500 mg**  
1 comprimé, matin, soir, pendant 4 jours



40. شارع المستشفيات. الطابق الأول. رقم 5 قبلة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء  
40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03