

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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'Hora Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-766253

149313

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 12658	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : 2EKRi Micham		
Date de naissance : 15/03/1982		
Adresse : Bouskoura City Ville 48		
Tél. : 063285611	Total des frais engagés : 555,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris 75, Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca Tél: 05 22 20 45 45 - 05 22 22 78 18	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 14 JAN 2023	
Nom et prénom du malade : 2020 Dr. Amal Latif 02/07/22	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Bronchopneumonie +	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 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 Casablanca	
Signature de l'adhérent(e) :	

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 Casablanca

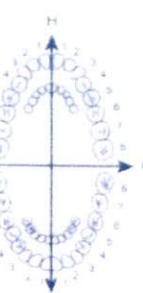
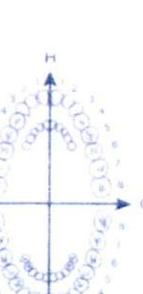
Le :

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
14 JAN 2023	C 8	1	300,00 DH	INP : INPE : 091053728 Dr. Mohamed EL-HOUARI PEDIATRE Spécialiste diplômé de la Faculté de Paris

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOLF CITY Le communal d'Alhucemas Golf City 14000 BOUDERBAGHES Casablanca Tunisie 59 07 09	14/01/23	255,20

ANALYSES - RADIOPHYSIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. J. P. YOUNG	1994-01-10		

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitée l'acte pratique en indiquant la nature des soins																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				<b>INP :</b> <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"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 200px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	0	0	00000000	00000000	35533411	11433553	B	G
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
0	0																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
				<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 Mohamed El HOUARI

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

**PEDIATRE**

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Française de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

OROKEN 40MG/5ML GR P OR FL40

P.P.V. : 70DH60



0 0 6 9

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaâ 20250 - Casablanca

OROKEN 40MG/5ML GR P OR FL40

P.P.V. : 70DH60



6 118001 080069

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريز

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد

Casablanca, le ..... 14 JAN. 2023 الدار البيضاء في

70,60x2

croker

no.

2

Phcros



Dose le Flp met

son

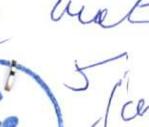
10 days



30,00

betahistine gouttes

70 gouttes le bout



17,00

Entoberal 100

1 suffos met



5 days

er son

tant que lue le Fous

67,00

Ultra levome sochets



255,20

0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 شارع المسيرة الخضراء - الدار البيضاء الهاتف : العيادة : 75

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

STE PHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial - Casablanca Golf City  
SDC N° 60 - Bouskoura - Casablanca  
Tél. 0522 59 07 09

1/2 sachet mest wish  
et son faut une  
lire  
Grande

STEPHARMACIE GOLF CITY  
Centre commercial d'Assouan - Casablanca  
RDC N° 1 - Bouskoura - Casablanca  
Tél: 0522 59 07 09

LOT : 5241  
PER : 12 424  
P.P.V: 30 DH 00



Dr. Mohamed EL-HOUARI  
Spécialiste PEDIATRE  
Bd Al Massira Al Khadra-Casablanca  
05 22 53 57 34 - 05 22 99 57 77

17,00