

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0016605

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000362 Société : ASO 298  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABOURAY FATIMA  
 Date de naissance : 11-3-1952 Fès  
 Adresse : 16 Rue Colonel MOHAMED Ben YASSINE Apt 14 Casa-blanca  
 Tél. : 06 49 65 64 01 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 02/02/23  
 Nom et prénom du malade : ABOURAY Fatima Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Pathologie longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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

### 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



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
2-2-73	G	1	2600 F	

illés	Cachet et signature du médecin attestant le Paiement des Actes
H	<p><b>Dr. ASMOUN Ahmed</b>          Spécialité : Maladies de l'Appareil Digestif et Diabète          Directeur de la Polyclinique El-Darb Omnia          Casablanca - Tél: 022-31.58.50</p>

Cachet du pharmacien ORDRE D'EXÉCUTION	Date	Montant de la Facture
Mme S. BOUTIN 19 Rue de l'église - 78000 VILLIERS-LE-BEL Tel : 05 62 24 37 87 Fax : 05 62 24 37 88	07/08/23	399.20

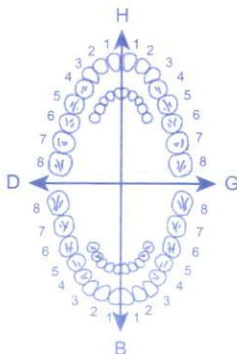
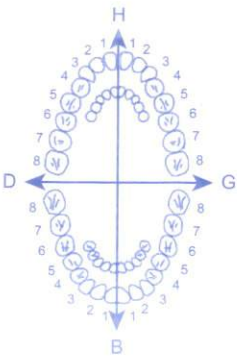
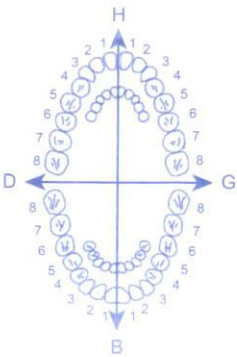
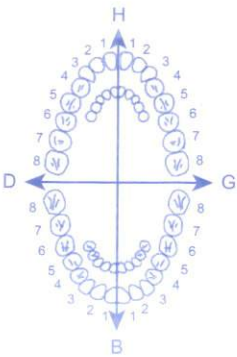
[illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

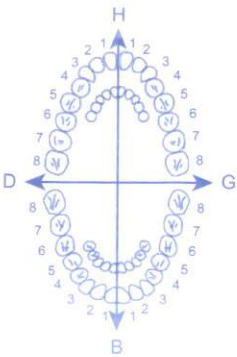
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>D 00000000 G 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr ASMOUN Ahmed

SPECIALISTE DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

ESTOMAC, FOIE, INTESTIN

Chirurgie anale: Hémorroïdes, Fistules, Fissures

Endoscopie digestive

Ex ASSISTANT TITULAIRE D'ENDOCRINOLOGIE ET DIABETE

Ex. ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE

CASABLANCA

# الدكتور أسمون أحمد

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

جراحة المخرج والبواسر

داخلي سابقا بقسم أمراض السكر والغدد

مدرس سابقا بكلية الطب

بالدار البيضاء

Casablanca le : 07 FEV 2023 : الدار البيضاء في

ABOORAY fatima

PHARMACIE YASSINE  
Mme ZOQAT Zeinab  
19, Rue de la Ville Casablanca  
Tél : 05 22 31 58 41 / 50  
Fax : 05 22 31 58 50



45,70

celtra

84,00

Isilax

27,50

snaslon

27,50

my 3 M

Dr. ASMOUN Ahmed  
Specialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif et Assistant Titulaire  
d'Endocrinologie et Diabète

2ème Etage Tél : 05 22 31 58 41 / 50 - Fax : 05 22 31 58 50

ICE : 002215254000088

Lot:  
A consommer de  
préférence avant le:  
PPC: 84,00 DH



Amel p Smg

49,40

3 mois

LOT 221039  
EXP 07/2025  
PPV 49.40DH

- Same pak durable

LOT 221039  
EXP 07/2025  
PPV 49.40DH

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22127  
EXP: 09/2025

same / mois

T = 399.20

~~Dr. ASMOUN Ahmed  
Spécialiste des Maladies de l'Appareil  
Digestif  
Directeur  
Place  
Khouribga  
Casablanca~~

**PHARMACIE YASSINE**  
Avenue Sidi Ouat Zennab  
19 Rue de la Vie Casablanca  
Tél: 05 22 44 37 87  
Fax: 05 22 44 37 88