

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE

## 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

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



## Déclaration de Maladie

M23-013867

16 8560  
Autres

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société : RAO  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHEDADI ABDELOU HAR  
Date de naissance : 13.01.58  
Adresse : 14 LOT D'ANDARON A COM SIDI  
DAROUF CASA 20270  
Tél. : 0673081385 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 13/07/2023  
Nom et prénom du malade : CHEDADI OUFAR Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DERMATITE  
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 : CASABLANCA Le : 13/07/23  
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
12/07/22		C2	300	<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: PHARMACIE DE LA COLLEGE]</i>	13/10/23	278.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

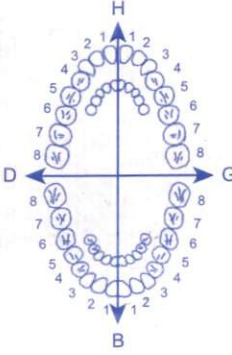
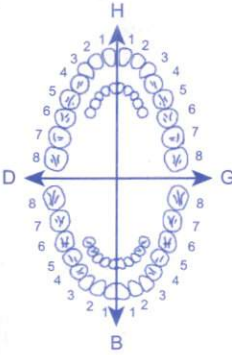
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouna Zinoun  
Ep Sbaoui

Dermatologue - Vénérologue

Maladies et chirurgie de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles

Dermatologie pédiatrique

Dermatologie esthétique, laser et cosmétologie

الدكتورة منى زينون

إخصائية في طب الأمراض الجلدية والتناسلية

أمراض و جراحة الجلد، الشعر والأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا

طب الجلد عند الأطفال

طب التجميل والعلاج بالليزر

Casablanca, le : 13 / 07 / 2023 : الدار البيضاء في

7<sup>me</sup> CHERRAD I OUFAC

PHARMACIE DE LA COLLINE  
Sur parking CNSS/EPSSA - Casablanca (Ancien Makro)  
Casablanca - Tel : 06 42 33 59 53  
Fax : 06 42 33 59 53  
Email : paracetamol2011@gmail.fr

① Val 500 mg

NS2,50  
1x 2g 5x

② Vitaneuril Pmk

28,80 x 3  
1x 2g 1x

③ Ruclic crème

39,80  
28,80 x 1 mg 2x 2g 1x  
(long time fade)

22, شارع يعقوب المنصور - فضاء المنصور - الطابق الثالث - رقم 28 - معاريف - الدار البيضاء

22, Boulevard Yacoub El Mansour Espace El Mansour 3<sup>ème</sup> étage n°28 Maarif

☎ : 0522 25 24 26 Whatsapp Pro : 0649 79 84 05 / ✉ : dr.mouna.zinoun@gmail.com



④ ZOON Dar lissin shop

usage patient (3x/semaine)

PPV  
LOT  
PER  
28,80

Rivastigmine Nappeur Morizine  
separateur chex de

2x semaine (bfeevy).

V  
162,50

Dr Mouna ZINOUN  
Dermatologue - Venerologue  
22 Bd Youssef El Mansour  
Casablanca 22 23 24 26

15.

VIT NEVRIL® FORT 100 mg  
10 comprimés pelliculés

25x34x79  
2



6 118000 180593

28,80

PPV  
LOT  
Add

6 118000 180593

25x34x79  
3

PPV  
LOT  
PER

28,80

فوسيدين 2%  
كريم  
اليوب من 15 غ

39,70

Fucidine® 2% crème

Tube de 15 g



6 118000 120582