

# 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

- 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

M23-005906 *177 669*

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3128* Société : *RAM*  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : *Rehuite*  
 Nom & Prénom : *HASNAOUI FATIMA*  
 Date de naissance : *28.08.60*  
 Adresse : *3, Rue ABOU DHABI Mers-SULTAN*  
 Tél. : *0668469996* Total des frais engagés : *200 + 212* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *03/10/2018*  
 Nom et prénom du malade : *HASNAOUI FATIMA* Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : *Infecte urinaire + sd grippal*  
 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) : *HASNAOUI*

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
03.10.23		C5	#200 DHS	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/10/23	212,80

### 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 :

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 Saadouni Faissal**

**Médecine Générale - Urgences**

Compétence en Chirurgie Générale - Nutrition - Diététique

Médecine de famille - Visites à domicile

ECG - Echographie

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca



**الدكتور السعدوني فيصل**

**الطب العام - المستعجلات**

كفاءة في الجراحة العامة - التغذية - الحماية الغذائية

الطب العائلي - العيادات المنزلية

النخطيط القلبي - الفحص بالصدى

طبيب سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca le 03.10.28

PHARMACIE PRINCIPALE  
Mouhamed LEBBAR  
Pharmacien  
Rond Point Mers Sultan 29.00 Casablanca  
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149304  
N°SS : 187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256  
ICE : 001897771000045  
INPE : 092049261

Mme HASNAOUI FATIMA

79.70 // Zithromex 500 1cp le 1er jour

97.90 2 OFOKEN 200 1/2 cp du 2<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup>

15.30 3 Vit C 1000 1 . 0 . 0

20.00 4 FEBREX 500 1 . 0 . 1

21.25 (03 jours)

الدار البيضاء - مرس السلطان - الربيعي - الطابق الثاني - Mers Sultan - Casablanca  
5, Rue Abu Dhabi (Ex. Rue Cernay) Angle Omar Riffi 2<sup>ème</sup> Etage Mers Sultan - Casablanca

Tél : 05.22.44.35.32 E-mail : saadouni.faissal@gmail.com

Dr SAADOUNI FAISSAL  
OMNIPRATICIEN - URGENTISTE  
Compétence en Chirurgie Générale  
en Nutrition - Diététique  
en Médecine de Famille - Visites à domicile  
Rond Point Mers Sultan - Casablanca  
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149304  
N°SS : 187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256  
ICE : 001897771000045  
INPE : 092049261

UT.AV. : 10 2024  
LOT N° : GP 9272  
09366030 /4

79 70  
P.P.V.  
79 70

**Vita C 1000**  
PPV 15DH30  
EXP 04/2026  
LOT 34037 9

PPV 15DH80  
PER 09/25  
LOT L3062



**HARMED**  
LOT : 4348  
UT.AV: 05.26  
PPV : 20DH00

LOT 220205 2  
EXP 01 24  
PPV 97.90 DH

DR. SAADOUNI KARIM  
Omnipol - Pharmacie  
Co. 2010  
Rue de la République  
10000 Algiers  
Tél : 021 80 13 10