

# 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

M22- 0046995

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

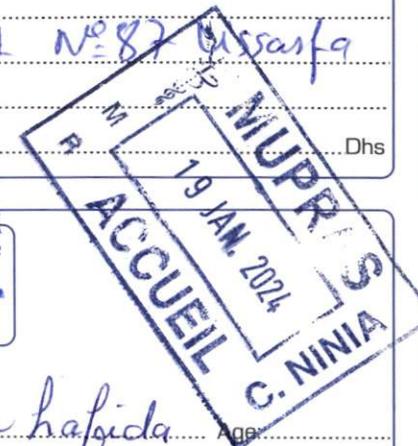
Matricule : 003656 Société : RAM 191310  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : OUARTI Abdelkrim  
 Date de naissance : 12-08-1959  
 Adresse : LOT AL KHOZAMA EL N°82 Casablanca  
 Tél. : 0661722705 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/12/2023  
 Nom et prénom du malade : ABouhassaine Hafida  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection gynécologique  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 : 09/10/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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
15/12/23			3000,00	<p>Dr. Mouna DRIDJARRAJ Gynécologue - Obstétricienne Angle A. ... et C. N° 2 Hay Mohammadi - Casablanca Tél : 05 22 63 63 67</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue 8 Vissasfa xtension - CASABLANCA Tél: 05 22 93 48 40</p>	15.12.2023	245,50

### 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"/>														
	<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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>(Création, remont, adjonction) 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. Mouna Dridi Laraki

**SPECIALISTE**

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Accouchement

Cancérologie

Chirurgie du sein

Coelioscopie

Stérilité du Couple (FIV, ICSI)



د. منى الدريدي العراقي

أخصائية

أمراض النساء و التوليد

أمراض الحمل و الولادة

أمراض السرطان

أمراض أنثى

الجراحة التظليلية

علاج عقم الزوجين

Casablanca le : 15.12.2023

le **ABOUHASSAINE HAFIDA EP OUARIT**

63.50

**1 FONGICAN 150 MG B/4**

boite de 4cp

un comprimé chaque 3 jours

64.00

**2 CANESTENE EXTRA**

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

88.00

**3 HYDRALIN GYN**

pour toilette intime

27.50

**4 SPASFON cp enr : B/30**

2 comprimés le matin et le soir, pendant 5 jours.

Dr Mouna DRIDI LARAKI

PHARMACIE L'EXTENSION  
Date: 15/12/2023  
N°: 243,50

Dr Mouna  
Gynécologue

Angle A  
Hay Moham  
Tél: 05 22 52 37 33

En cas d'urgence, contactez Clinique Les Crêtes ☎ 05 22 52 37 33



Hay Attakadom, Angle Avenue A et C N° 2 - Hay Moham

حي السلام، زاوية شارع "آ" و"س" - رقم 2 - الحي المحمدي - الدار البيضاء



05 22 63 63 67



06 00 88 78 72



dlmouna@gmail.com

PPC 88,00 DH

LOT

A UT AV

فلوكو

Fongican

LOT : 4927

PER : 11-25

P.P.V : 63 DH 50

1180

27.50

LOT :  
PER :  
Add :  
62,00

*[Faint, illegible text scattered across the page, possibly bleed-through from the reverse side.]*