

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-840800

196205

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 01226

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASADI NAGIB AHMED

Date de naissance : 12/01/1953

Adresse : Hakam 2, Rue 84 N° 21, IFRIRUIA CASABLANCA

Tél. : 0673548218

Total des frais engagés : 478,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste ORL-Chirurgie  
Cervico Faciale  
511, Bd Al Qods Rés, les Jardins  
Qods California, Appt 14 Al Qods  
Casablanca Tel: 05 22 52 63

Date de consultation : 07/02/2024

Nom et prénom du malade : ASADI NAGIB AHMED Age : 71 ans

Lien de parenté :  lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

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 : 07/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : M. Adm

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

W21-840800

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01226

Nom de l'adhérent(e) : ASADI NAGIB AHMED

Total des frais engagés : 478,10 dhs

Date de dépôt :

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	
07/09/2014	215		300.00	Dr HASSAN HASSAN Spécialiste ORL-Chirurgie Cervico Faciale 51, Bd Al Qods Rés. les Jardins Qods California - Tel : 05 22 51 50 71 Cellul: 091164868	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
LA FRATERNITE G.HABBAR RAJA Abdellah Senhaji	7/12/24	179.10			
INPE 092028805					
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
		A M	P C	I M	
VOLET ADHERENT					
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué 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> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatment)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> (Treatment coefficient)												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
B																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Montant des Honoraires</b> (Amount of fees)		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> (Treatment coefficient)													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> (Amount of fees)													
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>		<b>FIN D'EXECUTION</b>		<b>DATE DU DEVIS</b> (Date of estimate)													
<b>MONTANTS DES SOINS</b> (Amount of fees)		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> (Date of execution)															

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cervico-Faciale  
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض و جراحة الأنف والحنجرة  
جراحة العنق والوجه  
للسغار والكبار

## Ordonnance Médicale

Casablanca le : 07/02/2024

MR ASADI NAGIB AHMED

60,00



- **Orapred 20 mg**  
3 Comprimés, matin, pendant 7 jours
- **Conasal Pulvérisation nasale**  
2 pulvérisation, matin, pendant 1 mois

113,10



173,10

Dr HASSANI Redouane  
Spécialiste ORL-Chir  
Cervico Faciale  
511, Bd Al Qods Rés. les  
Jardins California - Tel: 0522  
Casablanca



PHARMACIE DE LA FRATERNITE  
Mme. MGHABBAR RAJA  
83, Bd Abdellah Senhaji  
Hay Jawadieh - Casablanca  
Tél: 05 22 291 330

511. شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريفة - عين الصنف - الدارالبيضاء ( أمام محطة باص واي هي شريفة )

511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Californie N°14 Hay chrifia - Ain Chok - Casablanca ( Devant la Station BusWay Hay Chrifia )

Tél : 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orl.hassani@gmail.com