

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- N° 0033490

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2651 Société : R-AT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 198200  
 Nom & Prénom : SAOUTI Abdelmajid  
 Date de naissance : 21/06/1959  
 Adresse : 104 Y. D. ANDAROUNA R.S.O. N°33 MIN CHOK CASABLANCA  
 Tél : 0661714290 Total des frais engagés : 2017,96 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 20/02/24  
 Nom et prénom du malade : Saouti Yassine Age: 15 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : R Rhinite  
 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 : 20/02/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

PRA/FR05/V2/20-10-2023

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
20/02/24		C	300 DJ	<b>Dr. M. BENALI</b> MALADIES ALLERGIQUES TEL: 0522 90 77 88 INPE: 001076526

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>صيدلية عشير</b> <b>PHARMACIE ACHIR</b> 107 BD EL DOUS LOT MANDARONA RUE 14 INARA 1 AIN CHOK. CASA TEL: 05 22 52 82 53 INP: 92001387	20/02/24	171796

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

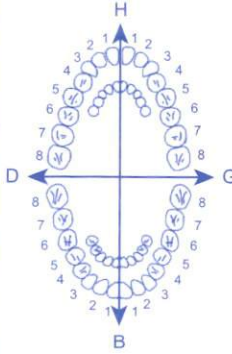
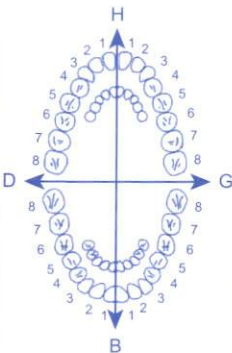
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</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	D 00000000	G 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	G 00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Centre de l'Allergie

et de l'Asthme

Enfant



الدكتور بنيس محمد

Dr. BENNIS Mohammed

Casablanca, le : 20 2 24 الدار البيضاء، في

Saoudi Yassine

مركز الحساسية

والربو

الكبار - الأطفال

حساسية :

- الحنجرة والأذن والأنف
- الجهاز التنفسي
- الجلد
- الغذائية
- الأدوية

Maphar  
Bd Alklima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
STALORAL 300 IR/ML SOL  
SUBLING 350 MT F10 ML  
P.P.V : 700,93 DH  
6 118001 185450

Maphar  
Bd Alklima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
STALORAL 300 IR/ML SOL  
SUBLING 350 MT F10 ML  
P.P.V : 700,93 DH  
6 118001 185450

ISOPHARM  
OTOSAN  
NASAL AD  
93.50 dhs

111,30 + 212 sand

700,93 x 2 staloral 350

flac 350

93,50 otosan

171796

صيدلية عشير  
PHARMACIE ACHIR  
101 BD ELOUDES LOT MANDARONA  
RUE 14 INARA 1 AIN CHOK. CASA  
TEL: 05 22 52 82 53  
INP: 9200738

Dr. M. BENNIS  
ALADIES ALLERGIQUES  
Tél: 0522 90 77 88  
0522 90 77 88

Office 10-11, Bd. Moudouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market  
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88  
E-Mail : mohabennis@hormail.fr