

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 1053095

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7767 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENTAHILA SMAD  
 Date de naissance : 10/07/1959  
 Adresse : 24 lot la colline I N. 24 CASAB  
 Tél. : 0666872659 Total des frais engagés : 28.4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/06/2019  
 Nom et prénom du malade : KHAZIM SBOUSSI NADIA Age : 59  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection all  
 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 : CASAB

Le : 20/01/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## 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

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLIN r parking CARREFOUR St Maarouf (Ancien Makro) sablance - Tel : 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 59 whatsapp : 06 62 12 38 18 266958 - Pat : 36103109 - If : 50731792 - C.N.S.S. : 6063400 Email : paracetamol2011@hotmail.com	22/01/24	204.20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

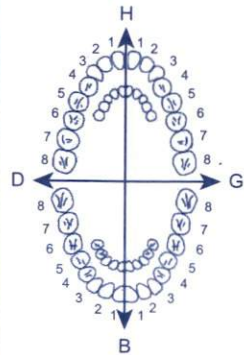
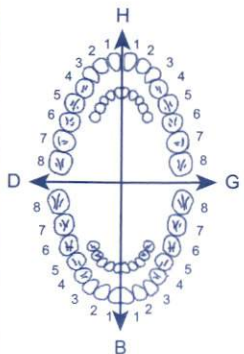
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] 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

**Docteur K. G. SNOUSSI**

**Oto-Rhino-Laryngologiste**

Chirurgie de l'Oreille

**IMPLANTATION COCHLEAIRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Professeur associé à UM6SS

Directeur du Casablanca audition center

Hôpital cheikh khalifa



**22/01/2024**

**الدكتور خالد غازي سنوسي**

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن، الأنف والحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (بفرنسا)

مدير مركز السمع بمستشفى الشيخ خليفة

أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

**Madame GHAZI SNOUSSI Nadia**

1) AZIX 500 mg

1 comprimé le midi 3 jours

2) EFFIPRED 20 mg

3 comprimés effervescents le matin après le repas pendant 5 jour

3) Doci Vox

1 cuillère à soupe matin, midi et soir pendant 6 jours

4) OTOSAN Spray

2 pulvérisations 2 x / semaine

5) RHUMIX

1 sachet 3 x par jours 7 jours

PPV 79DH70  
PER 01/25  
LOT L357

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 40DH00  
EXP 02/2026  
LOT 201118

**ISOPHARM**  
**OTOSAN**  
**NASAL AD**  
93.50 dhs

**Rhumix®**  
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH

6 118000 791032

**PHARMACIE DE LA COLLINE**

Sur parking CARREFOUR Sidi Maarouf (Ancien Makro)  
Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53  
whatsapp : 06 62 12 38 18

RC : 266958 - Pat : 36103109 - IF : 50751792 - CNSS : 6063490  
Email : paracetamp12011@hotmail.fr

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - 47 محج الحسن الثاني الدار البيضاء

Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67 : الهاتف

E-mail : k.g.snoussi@gmail.com - en cas d'urgence : 06 53 59 03 10