

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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'H  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-843747

202442

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2631

Société : AAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Khalef Mohamed

Date de naissance : 29/04/87

Adresse : App 105, Res Fard - O-Rani 1, G6, Ouchba, Cas

Tél. : 0661198396

Total des frais engagés : 611/40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Mohamed EL-HOUAR**  
PEDIATRE  
Spécialiste Diplômé de la Faculté de Paris  
75, Bd Mohammed VI - Casablanca  
Tél : 05 22 38 57 79

Date de consultation : 27 FEV 2024

Nom et prénom du malade : R. El H. El H.

Age : 18 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Rheumatisme

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 : 27 FEV 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 Méd<br>attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27/11/2024      | C2                | 1                     | 3000                            | Dr. Mohamed EL-NOU<br>PEDIATRE<br>Diplômé de la Faculté de Médecine<br>75, Bd. el Khadra-Casablanca<br>Tél: 33 31 39 57 34 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE AL KHADRA<br>Dr. BECHRA AL KHADRA<br>83, Bd. el Khadra-Casablanca<br>Tél: 33 31 39 57 34 | 31/11/20 | 311,40                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

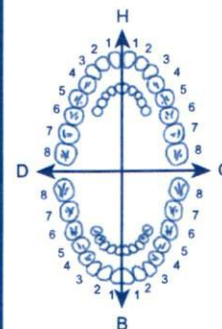
## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                     |                   |        |    |    |    |                                    |

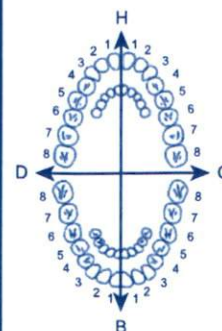
## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## Soins



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | Montant des<br>Honoraires |
|--|---------------------------|
|--|---------------------------|

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed El HOUARI

SPECIALISTE DIPLOME DE LA FACULTE DE

MEDECINE DE PARIS

PEDIATRE

Toxicologie et Pharmacologie Clinique

Asthme de l'enfant

Membre de la société Franciase

de Pédiatrie

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور محمد الهواري

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأطفال

أمراض التسمم و بحث الأدوية

أمراض الربو للأطفال

عضو في الجمعية الفرنسية لطب الأطفال

بالموعد



Casablanca, le 27 FEV. 2024 الدار البيضاء في

Kusefi hly

fero

kwefht allye

S.V

2 gouttes 2 fois / jour

21,50

Bntouvent sup

S.V

16,40 1 ca 3 fois / jour

Doliprediatube sup

S.V

Dose de 12 h

203,00 toutes les 6 heures en fièvre

AVAXIM 80

S.V

311,40

0522 99 57 38 / 0522 99 57 39 : العيادة : الدار البيضاء الهاتف : 75 شارع المسيرة الخضراء -

75, Bd Al Massira Al Khadra - Casablanca

Téléphone : C. : 05 22 99 57 38 / 05 22 99 57 39 - Fax : 05 22 99 57 40

LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AM/M N° 728/16DMP/21/NRQr

LOT/ رقم الدفعة

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

K1280

10-2023

09-2025



6-18001270354

PPV:70,10 DH

68689



**Doli**<sup>®</sup>  
**Pédiatrique**  
Paracétamol

PPV 16DH40  
PER 12/26  
LOT M4451

**Butovent**<sup>®</sup>  
**0,04%**  
Salbutamol

21,90