

# 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



202608

## Déclaration de Maladie : N° P19-0000226

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8782 Société : RAM.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HOUSSEINI HAMZA Date de naissance : 03.05.70  
 Adresse : 64, RES ATLAS A MAZOLA CASA  
 Tél. : 0669.828935 Total des frais engagés : # 608, DH. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FAHOUAN Abdelhak  
 PEDIATRIE ALLERGLOGIE  
 Im. Communale Angle Rd.  
 Sidi Abderrahmane  
 d'Azammour  
 Tél: 022 81 41 41 39 44 50

Date de consultation : 12/04/24  
 Nom et prénom du malade : HOUSSEINI ABDELHAM Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Allergie respiratoire  
 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 : CASA Le : 12/04/24  
 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
12.04 2024	Q Mehdi's		300 n 156.00	

[illegible]

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

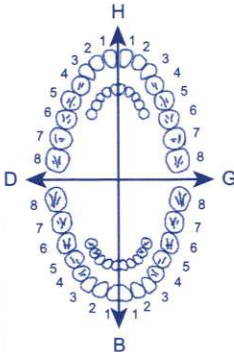
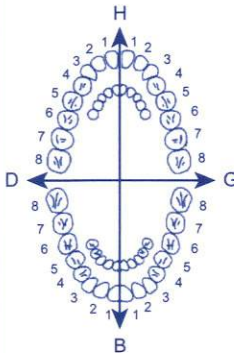
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

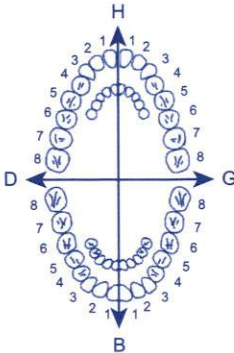
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> 00000000  11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	D	G
	00000000 35533411	00000000 11433553
	B	MONTANTS DES SOINS
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CABINET DE PEDIATRIE D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الاطفال و الحساسية

**Dr . Abdelkhalek ZAHOUANI**

Pédiatrie et Allergologie

42.90

12.4.24

Houssaini Abdel

Ventoline 4m

2 bof x 4/5 x 105

56.90

- 2 vomixel E

1 fe x 31 x 0

40.00

- Cofpred long

2 fe x 5 x 05

19.58

- Vit D Bon 2g

1 fe

PV: 40 DH 09  
PER: 02/27  
LOT: N223

PHARMACIE POLYCLINIQUE

Dr. Abdelaziz TIR

58, Route Moulay Thami  
Casablanca (Mazola Hay Hassani)  
Tél. 0522 90 21 67

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr. Abdelaziz TIR  
58, Route Moulay Thami  
Casablanca (Mazola Hay Hassani)  
Tél. 0522 90 21 67

Dr. ZAHOUANI Abdelkhalek  
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE  
Im. Communio-Anglo Bd  
Sidi Abderrahmane & Route  
d'Azammour - Casablanca  
Tél: 022-91 12 23 07 - 93 07 29

Lot N°: PE 01  
Exp: 11/26  
PPC: 59DH

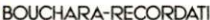
PE 01  
11/26  
59DH

7

لائحة List II - List II - II

PPV: 19,50 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /  
MA holder / صاحب مقر التسجيل



70, avenue du Général de Gaulle  
92800 PUTEAUX - FRANCE  
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنع  
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard  
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

404-4026719-0000



Lot  
EXP  
PPV

656B  
07 2025  
42,20 DH

Ventoline 100 mcg  
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

# CABINET DE PEDIATRIE D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الاطفال و الحساسية

**Dr . Abdelkhalek ZAHOUANI**

Pédiatrie et Allergologie

Houssaini Abdelkhalik 12.4.24  
Note d'honneur

Zahouani Abdelkhalik  
Selbutamol pulsee  
L'oxysine Elevant  
e (150mg = 1 dose)

Dr. ZAHOUANI Abdelkhalik  
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE  
Im. Communale-Angle  
Sidi Abderrahmane & Route  
d'Azemmour-Casablanca  
T 0022-81 42 22 10 20-85