

## 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 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-527426

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **24511**

Matricule : **8052** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : **BNY Amal**

Date de naissance : **25/11/65**

Adresse : **Oasa Anfa - Casablanca**

Tél. : **23-85** Total des frais engagés : **1115,30 + 250** Dhs

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Zine El Abidine**

Cachet du médecin : **Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-faciale**  
Gsm : 98 63 69 10 10  
E-mail : zeshouda@gmail.com

Date de consultation : **26 FEB 2020**

Nom et prénom du malade : **BNY AMAL** Age : .....

Lien de parenté : ☐ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☐ **Enfant**

Nature de la maladie : **Affection ORL**

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 : **01/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

# 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

26/02/2020 05 25000 09/11/2019 05 25000

Dr. H. Zine EL ABDELHAK

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/02/2020 1115,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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



**Dr Hou**  
Spécialiste  
Mal  
Oreille

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

LOT: 1110  
PER: 03/21  
PPV: 132,00 DH

LOT 191542 2  
EXP 09 2023  
PPV 90 50

LOT 192542 1  
EXP 11 2023  
PPV 90 50

د. هدى

طبيبة اختصاصية

**BOTTU SA**  
PPV : 28 DH 00

6 118001 020706  
10014 DMP NIBH P.P.V: 297,00 DH  
Flacon de 120 doses  
2000 mg

SYNBIOTIC TUBERHÄLER  
2000 mg

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Casablanca le 26/02/2020 : الدار البيضاء في

58,40

One BNY Amal.

Solupred 20mg



300 mg

1 x 5,10 l.

132,00

Novocli - 18



119,10 x 2 x 2,10

(x 8,10 l.)

Risol.



2 phr 2,10

(x 3 - 10 l.)

90,50 x 3

Xyzall



140,10 l. 10 l. (x 3 - 10 l.)

297,00

Sy-biact 200 mg



1 R. H. 10 l.

**Solupred® 20mg**

**Dr H. Zine EL Abiane**

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

100, Boulevard Oum Habib, Residence AL OFOQ

Ouifia, Mazola - Casablanca

Tel. : 0522 690 690 - Urgences : 0563 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 09 127 294

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

LOT 192542 1

EXP 11 2023

PPV 90 50

100 شارع أم الربيع إقامة

ce Al Ofoq - Mazola - Casablanca

10 10 - E-mail : zeahouda@gmail.com

45,30

- Ventoline



3 Boîtes x 37c

28,00

- STODAL sncp



1 boîte x 47c

**Dr H. Zine EL Abidine**

Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale

100, Boulevard Oum Rabii, Residence AL OFOU

Oulfa, Mazola - Casablanca

Tel : 0522 690 690 - Urgences : 0663 69 10 10

E-mail : zeahouda@gmail.com - INPE : 091187294

1115,70

