

## 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

- |                                    |                      |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| O Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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° W19-535925

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 04820 Société : RAM.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JOUHARI Hiba			
Date de naissance : 10/12/1957			
Adresse : Mazola, Rue 3, Immeuble 27, 3 <sup>e</sup> étage Casablanca			
Tél. : Total des frais engagés : 1456,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/03/2020			
Nom et prénom du malade : JOUHARI HIBA Age : 22 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : sd bulle			
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 :

Le : 20/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-535925

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

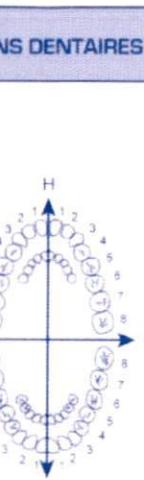
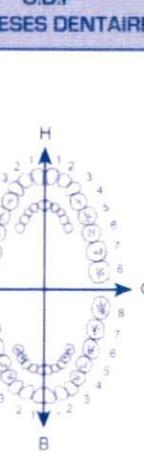
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 04820  
 Nom de l'adhérent(e) : JOUHARI  
 Total des frais engagés : 1456,00  
 Date de dépôt :

ANALYSES / RADIOPHARIES		Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Chéquier N° 121 Signature : Mme MATHIEU Date : 10/01/2012	21	248	209,00 €
Chéquier N° 122 Signature : Mme MATHIEU Date : 10/01/2012	22	3KTS	600,00 €

## VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																										
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  [Empty box]	<b>Nature des Soins</b>  [Empty box]	<b>Coefficient</b>  [Empty box]	<b>INP :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DEBUT D'EXECUTION																						
				FIN D'EXECUTION																						
				<b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b>  																						
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>					H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
				H																						
				25533412	21433552																					
				00000000	00000000																					
				<hr/>																						
				D																						
				00000000	00000000																					
				35533411	11433553																					
				<hr/>																						
B																										
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession																										
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>																										
<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>																										
<b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="text"/>																										
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input type="text"/>																										

# الدكتورة مهانصف

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،  
أمراض الصدر والحساسية،  
العيون، داء السلس، الإقلاع عن التدخين.

Lot:  
A consommer  
de préférence avant le:  
PPC: 79,50 DH

191210  
12-2022

PPV: 50DH00  
PER: 12/22  
LOT: I2774-1

PPV: 50DH00  
PER: 08/22  
LOT: I1911

PPV: 88DH00  
PER: 12/22  
LOT: I2774-2

appareil  
giques,  
ibagiique,



MIFLASONE® 200 µg blanca, le.....  
Poudre pour  
inhalation en gélule  
PPV: 71,40 DH

20 MARS 2020

الدار البيضاء، في

MIFLASONE® 200 µg r- Mme : Jouhari HIBA.

1/ Miflazone dos gel à Inhaler

2/ Moxigel SV X

3/ 29,50 de sucre à bouche apri. Mais

4/ Fitopodex sirop adulte SV

50,00 gélées

5. Gutec cp

1 CP SV 00

6. Romac 300 cp

406,00 - 1 CP 15 SV

83,70

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
Dr TIR Abdelaziz  
58, Rue Mly Thami - Hay Hassani  
Tél: 022 90 21.67 - CASA

Docteur  
12 juin

**Pneumologue Allergologue**

Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire, Maladies allergologiques, Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique, Bronchoscopie



Porte Rue d'Azemour en face station Afriquia  
Immeuble communal Angle Bd d'Abderrahman Hay Hassani Casablanca  
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12  
Porte Rue d'Azemour en face station Afriquia  
Immeuble communal Angle Bd d'Abderrahman Hay Hassani Casablanca  
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،  
أمراض الصدر والحساسية،  
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين  
التشخصي بالمنظار

الدار البيضاء، في

Mr - Mme : JOUHARI HIRA .

Radiographie Thorax Face

- Absence d'anomalie sans pathologie
- Rayon cardio-thoracique normal

Porte Rue d'Azemour en face station Afriquia  
Immeuble communal Angle Bd d'Abderrahman Hay Hassani Casablanca  
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12  
Porte Rue d'Azemour en face station Afriquia  
Immeuble communal Angle Bd d'Abderrahman Hay Hassani Casablanca  
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12

**Pneumologue Allergologue**

Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire, Maladies allergologiques, Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique, Bronchoscopie



أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،  
أمراض الصدر والحساسية،  
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين  
التخليص بالمنظار

Casablanca, le ..... 20 Nov 2012 الدار البيضاء،

Mr - Mme : elle JOUHARI Hiba.

Regu

- Radiographie thorax face 200,00 ₣
- Tétragramme allergologique 600,00 ₣

Dr. Maha Nassaf  
Pneumologue et Allergologue  
Mme El Bd. Abderrahman, Hay Hassani, Casablanca  
Porte Route Azemour (en face station Afriquia), 3<sup>ème</sup> étage  
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12 - GSM : +212 (0) 665 95 55 26 - E-mail : nassafpneumo@gmail.com

Tests cutanés allergologiques

Date : ~~20/03/2020~~ 20 MARS 2020

Nom & Prénom : JOUHARI HIBA

Prick test	Papule	Erythème
Témoin positif	5mm	
Témoin négatif	2mm	
Dermato Pteronyssinus	4mm	
Dermato Farinae	-	
Blomia	5mm	
Poil de chat	-	
Poil de chien	-	
Blatte germanique		
Plumes mélangées		
5 Graminées		
Mélange d'arbres		
Olivier	-	
Mimosa — cyrion	-	
Latex		
Cladosporium — Alergique	-	
Penicillium		

Commentaires :

Tests cutanés allergologiques positifs aux acariens (DP - Blomia)