

## 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

- Reclamation : 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° W19-555821

ND: 35094

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7598 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANBARI Fatima

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 2441 Total des frais engagés : #616,4 DH# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HAMID LOUNIS  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
19, Av. Hassan II - 5e étage  
Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

MUPRAS  
27 JUL 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ANBARI FATIMA

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 : Casablanca Le : / /

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
4 JUIL. 2020	V		320 <sup>0</sup>	INP: 09/09/5455 Docteur HAMID LOUNIS ORL ET CHIRURGIE GÉRONTOLOGIQUE 19, Av. Hassan II - S. 1 Tel.: 0522 22 22 22

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

**PHARMACIE DES HALLES**  
Mme. BOUDALI DIOURI  
Tél 0522 24 61 79  
Fax 0522 24 19 28

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DES HALIES</b> <b>Mme. BOUDALI DIOURI Latifa</b> Tél 0522 24 61 79 Fax 0522 24 19 28	24/07/2024	316,40 M

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

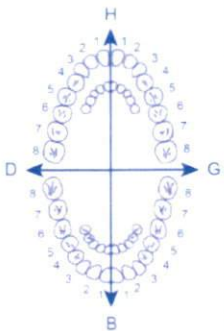
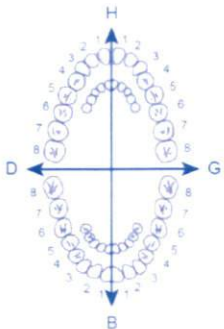
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale  
Spécialiste des Maladies  
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)  
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
Fax : 0522 22 71 24

# الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (إمام مكتبة المدارس)  
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53  
فاكس : 0522 22 71 24

Casablanca, le

24 JUL. 2020

AMBAR

F. Ester

1263v

Augustin

4/20 1 pt 2x

Predni 20

17.7v 2 p. meth 4

Efferal

2x 20

SV

PPV: 126,30 DH  
OT: 640236  
PER: 09/21

SV

PHARMACIE DES HALLES  
Mme. BOUDALI DIOURI Latifa  
Tél 0522 24 61 79  
0522 24 19

UT. AV: 1  
PPV (DH): 42.00

SV

EFFERALGA  
PPV 17DH70

Humex collection

4030 4x

Shysil

6010 1/2 x 3x

Maxilase

1/2 x 2x

316,40

Distributeur au Maroc:  
Laboratoires STERIPHARMA  
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf  
CASABLANCA-MAROC

PPV : 30,00 DHS



~~Docteur HAMD LOUNIS  
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE  
19, Av. Hassan II - 9e étage  
Tél. : 0522.22.68.11 - CASABLANCA~~

PPV: 40 DH 30

ence  
AN  
lava  
faroc  
580735

PPV:  
60DH10

PHARMACIE DES HALLES  
Mme BOUDALI DIOURI Latifa  
Tél 0522 24 61 79  
Fax 0522 24 19 28