

## 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 Alital Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alital 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° W21-728627

*Play course*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>191</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>33801</b>
Nom & Prénom : <b>OULADA M'HAMED</b>			
Date de naissance : <b>1931</b>			
Adresse : <b>25 Rue Medina n° 12 Hassan Rabat</b>			
Tél. : <b>0537 205147</b>	Total des frais engagés : <b>*2627,70*</b> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <b>DOCTEUR S. OHAYON-AFERRAT</b> 40. Zankal Abdelmoumen Tél : 73 11 07 - RABAT			
Date de consultation : <b>12/09/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>OULADA M'hamed</b> Age : _____			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>HIA Diabète</b>			
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 :** **07/10/2022**  
**Signature de l'adhérent(e) :** *[Signature]*

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-728627	
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 : <b>191</b>	
Nom de l'adhérent(e) : <b>OULADA M'HAMED</b>	
Total des frais engagés : <b>*2627,70*</b>	
Date de dépôt : <b>11/10/2022</b>	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SEMMARTIN 13/09/2021	12/09/22	74610

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>L A B O R A T O I R E D U S P E C T R U M 5, Rue Hussein 1er Tél.: 05 37 72 66 93 / 05 37 72 66 92 Fax: 05 37 72 66 91 I.N.P. 103001921</p> <p><b>INPE : 103001921</b></p>	20/05/2009	LABORATOIRE DU SPÉCTRUM 5, Rue Hussein 1er Tél.: 05 37 72 66 93 / 05 37 72 66 92 Fax: 05 37 73 05 92 - N.B.U.T I.N.P. 103001921	05/09 05/09 05/09

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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

#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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'EXÉCUTION <input type="text"/>  FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r}  \text{H} \\  26533412 \quad 21433562 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  \text{D} \qquad \qquad \qquad \text{G} \\  00000000 \quad 00000000 \\  36533411 \quad 11433563 \\  \hline  \text{B}  \end{array}  $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat  
Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

رَجْفَةِ عَبْدِ الْمُؤْمِنِ الرَّبَاطِ  
الْهَاتِفُ : 05.37.73.11.07

البريد الإلكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Dulads M'hassan

Le 12.9.2012

- FNS

- CRP - Ferritinemia

- ionopaine 88 - glycémie 66 glyc

- Creatinème - urea

- Cholestérol 200 mg/dl

- Thrombocytes

- LGS OII VIT D

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIA  
40 Zankat Abdelmoumen  
Tél. : 05.37.73.11.07 - RABAT

L'original a été délivré au laboratoire  
Magreb Rabat.

**Docteur S. OHAYON-AFERIAT**

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat  
Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com  
INP : 101002871

**الدكتورة صلونج احبيون أفريل**

40 زنقة عبد المؤمن الرباط  
الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الإلكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Le 12. 9. 2022

Oulada M'hamed

~~4420~~ ~~2820~~ Diamicron 60  
19/8 ١١ جم.

~~Hyperium 1 mg.~~  
19/8 ١٣ جم.

~~3060x6~~ ~~1530x5~~ Isidex 25 19/11 ١١ جم.

~~1280x3~~ ~~173,40~~ LD Nor 10 mg 19/5 ١١ جم.

~~2720x3~~ ~~83,10~~ Candesartan 100 19/5 ١١ جم.

~~76x3~~ Candesartan 2 mg ~~URADOX~~ 2 mg  
~~136,80~~ Uradox ~~1/1000x50~~ ١١ جم.

Pharmacie Sawmaat Hassan  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Télé. : 05 37 73 02 50

صيدلانية صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Talib BOUZIRI - Rabat  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Télé. : 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT  
40 Zankat Abdelmoumen  
15 11.07 - RABAT

PH SAWMAAT HASSAN  
MR TAIEB BOUZIRI  
1 RUE RIAD HASSAN  
RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.E :

Tel : 0537720250

Fax:

MR OULADA M HAMED

Le : 13/09/2022

FACTURE N°: 6289

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	URADOX 2MG 30CP	76,50	7	76,50
1	URADOX 2MG 60CP	136,70	7	136,70

TVA 7%: 38.80 Total : 746,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :  
SEPT CENT QUARANTE SIX DIRHAMS ET DIX CTS

78,70

242600030-02

78,70

242600060-02

PPV : 30,60

Exp :

N° Lot:

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV :

Exp :

N° Lot:

LOT : 107  
PER : AUT 2023  
PPV : 76 DH 50

LOT : 110  
PER : NOV 2023  
PPV : 136 DH 70

LOT : 220580,  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

LOT : 220580,  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

LOT : 220580,  
EXP : 04/2025  
PPV : 57,80DH

Pharmacie TAIEB OULADA HASSAN  
Place de l'Université Africaine 72 02 50 Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50