

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0038871

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7552 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retire  
 Nom & Prénom : AFKIR Mohamed  
 Date de naissance : 01/01/1951  
 Adresse : Rue 7 N° 21 Sidi EL Khadi, Hay Hassani Casablanca  
 Tél. : 0660881150 Total des frais engagés : 507,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Khadija KOUNKOUR  
 Bo Oum Rahia N° 11 (Wifag 1 (Filara)  
 Hay El Oulfa - Face Terminus 50  
 Tél : 05 22 91 49 74 - CASABLANCA

Date de consultation : 21/10/22

Nom et prénom du malade : ASTICADDA ZAINA Age :

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

Nature de la maladie : tuberculose

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 02/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.



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
21/10/12	u	1	150 DH	<p><i>Dr Khadija KOUNKOUR</i></p> <p>Ad Oum Rabla (N° 1 - 1<sup>er</sup> étage - Wilaya 3 (Firara))</p> <p>Hay El Oulfa (N° 2 - 2<sup>nd</sup> étage - terminus 50)</p> <p>Tel : 05 22 91 49 74 - CASABLANCA</p>
	Gly +		30 DH	
01/11/12	certif		—	<p>Tel : 05 22 91 49 74 - CASABLANCA</p> <p>Hay El Oulfa (N° 2 - 2<sup>nd</sup> étage - terminus 50)</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		

[illegible][illegible]

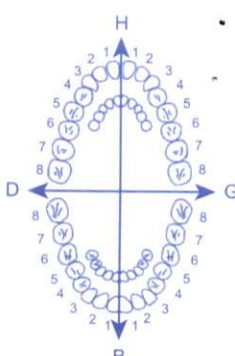
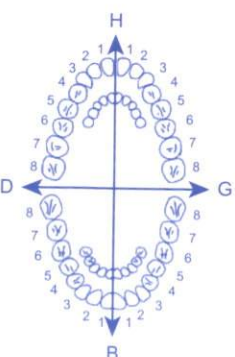
\_\_\_\_\_

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

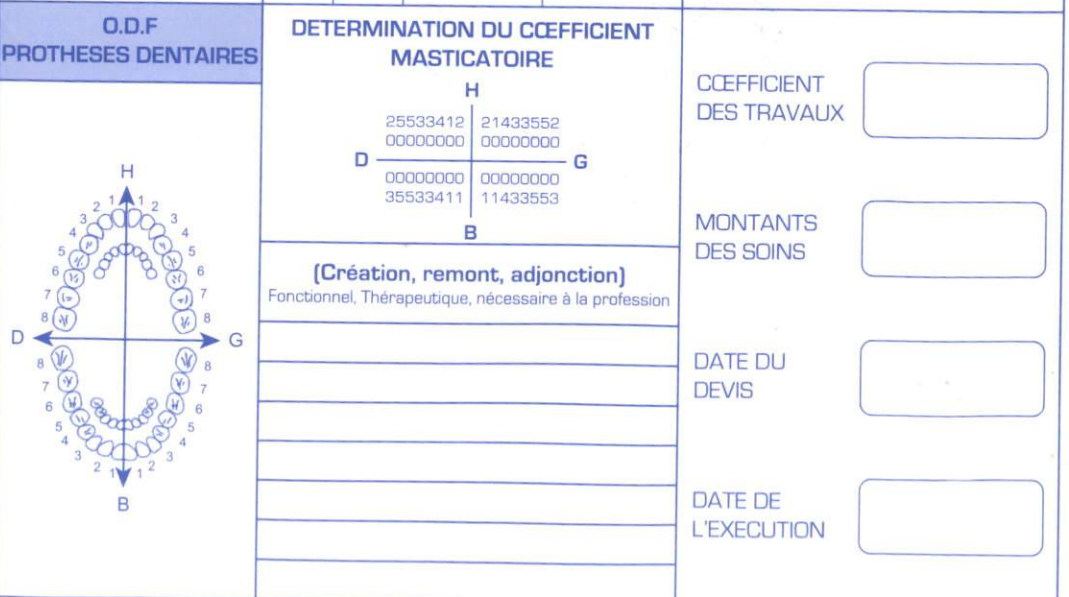
### Important :

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											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khadija KOUNKOUR

LOT N°: 714922

89,00

الدك

MEDECINE GEN

COOPER PHARMA

211478

04/2024

74.10DH

LOT  
EXP  
PPV

LOT : 211008  
PER : 06-2024  
PPV : 82,60 DH

0124

P.P.V 89 00

إختصاصي

LOT : 22E005  
PER : 12/2024

DUPHALAC 66,5%  
SOL BUV 200 ML

P.P.V : 45DH40



LOT : 448  
PER : JUN 2024  
PPV : 36 DH 60

ablanca , le

21/10/22

AZT UAPBA Z AZMA

8260

(+)

ALER Z

1 cp le matin

8660

(+)

celeste

3 cp le matin

8900

(+)

vithe 200

2 cp le matin



7410

0056 4082



19/12/22

PHARMACIE RAJAA  
Mme. BENJELLOUN Rajaa  
Bd. Sidi El Khadir Hay Hassani  
Casablanca - Tél: 022.90.32.43

PHARMACIE RAJAA  
Mme. BENJELLOUN Rajaa  
Bd. Sidi El Khadir Hay Hassani  
Casablanca - Tél: 022.90.32.43

Docteur Vahida KOUNKOUR  
Bd. Sidi El Khadir Hay Hassani  
Casablanca - Tél: 05.22.91.49

4540

Docteur Vahida KOUNKOUR  
Bd. Sidi El Khadir Hay Hassani  
Casablanca - Tél: 05.22.91.49

whl

02/11/22



Duphloc sup

324.70 205

3X15

PHARMACIE RAJAA  
Mme. BENJELLOUN Rajaa  
Bd. Sidi El Khadir Hay Hassani  
Casablanca - Tél: 022.90.32.43