

# 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'attente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, exactions 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'attente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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.
- Le 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-767983

138823

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02189 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAATOUCHE Mohamed

Date de naissance : 1956 Cas

Adresse : G.T. Rue 105 N°6 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0664022730 Total des frais engagés : 577,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

Nature de la maladie :

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 : 28/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Adresses Mails utiles

- O P amation : contact@mupras.com
- O P i en charge : pec@mupras.com
- O P sion 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Montant de la Facture
23/11/2022	517.50

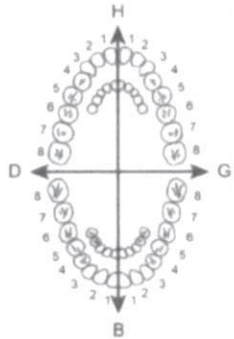
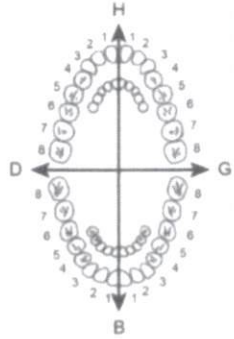
[illegible][illegible]

# 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	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																						
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
	H																									
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D	G																								
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 23/11/2022

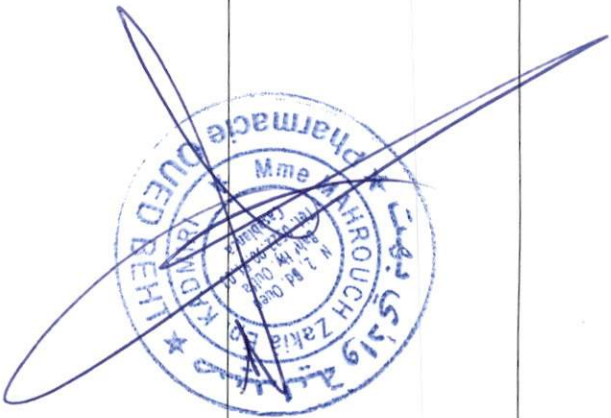
**FACTURE N°707272**

N° ICE : 000198418000024

N° IF : 40456596

**MR MAATOUQUI NAJIA**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	CURARTI FORTE /30CPS	149,50	149,50	24,92	20,00
3	FERPLEX 40MG/15ML	60,00	180,00	11,78	7,00
1	PIASCLEDINE 30CP	188,00	188,00	12,30	7,00
					
<b>TOTAL T.T.C :</b>				<b>517,50</b>	

Nbr Articles	TVA 7% Base :	368,00	Montant :	24,08	TVA 20% Base :	149,50	Montant	24,92
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--------	---------	-------

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cinq Cent Dix-sept Dirhams et 50 centimes.**



# Cabinet de Médecine Interne

Dr. Sanaa EL HERRAR

Spécialiste en Médecine Interne,  
Maladies de Système et auto-Immunes,  
Maladies Rhumatismales,  
Maladies des os et des articulations,  
Gériatrie, Check-up médical.  
Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca,  
Paris Descartes, PMC et Bordeaux.



الدكتورة سناء الحرار

أخصائية في الطب الباطني  
الأمراض المجموعية وأمراض المناعة الذاتية،  
أمراض الروماتيزم، العظام والمفاصل  
طب المسنين وأمراض الشيخوخة.  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
مجازة من كليات الطب بفرنسا

Ordonnance

Casablanca, le 20/10/2022  
Mme. MAATOUQUI Najia

1/ PIASCLEDINE GÉLULE

1 gélule/j pdt 3 mois

2/ CURARTI FORTE

1 cpq le soir pd t 2 mois

3. Ferplex

60,00

Flucon 15 pdt 3 mois

**FERPLEX** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

**FERPLEX** 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

T=397,50

donnée seule ref

Bonbons

40, Rue des Hôpitaux,

Immeuble les Roseaux,

3<sup>e</sup> étage N° 12, Casablanca.

05 22 49 11 86

06 48 95 93 48

Dr.elherrar@gmail.com

المستشفيات

مركز التشخيص ابن رشد، جناح (28)

ثالث الرقم 12، الدار البيضاء