

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0006851

148618

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1131 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HESSI Lahcen  
Date de naissance : 01/01/1949  
Adresse : MARDARUNA 25 Sidi Magrouf Cas  
Tél. : 06 61 33 0435 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 23 JAN 2023  
Nom et prénom du malade : HESSI Nissrine Age :  
Lien de parenté : ☒ Conjoint ☐ Enfant  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) : Le :  
MUPRAS  
08 FEB. 2023

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.

**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

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
23 JAN. 2023	CS		150 000	 <b>Professeur Nadia Zineb</b> Ingénieur en Génie Civil 18, Bd. Abderrahim Soueid Espace Oasis - 4ème Etage Casablanca Tél: 20 76 777 873 - Fax: 0522 20 76 77 0522 20 76 777 873 - INP: 09114181

001703

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Motivité
----------------------	------	----------

ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
-------------------	------	-----------------------

8/1/83

23/10/23	14.10
----------	-------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

Laboratoire et du Radiologue	Date	Coefficients	Montants des Honoraires
------------------------------	------	--------------	-------------------------

[illegible][illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

du Praticien	Soins	A M	P C	I M	I V	des Honoraires
--------------	-------	-----	-----	-----	-----	----------------

--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][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.

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

**Important :**

	Debit	Credit	
1000			
1001			
1002			
1003			
1004			
1005			
1006			
1007			
1008			
1009			
1010			
1011			
1012			
1013			
1014			
1015			
1016			
1017			
1018			
1019			
1020			
1021			
1022			
1023			
1024			
1025			
1026			
1027			
1028			
1029			
1030			
1031			
1032			
1033			
1034			
1035			
1036			
1037			
1038			
1039			
1040			
1041			
1042			
1043			
1044			
1045			
1046			
1047			
1048			
1049			
1050			
1051			
1052			
1053			
1054			
1055			
1056			
1057			
1058			
1059			
1060			
1061			
1062			
1063			
1064			
1065			
1066			
1067			
1068			
1069			
1070			
1071			
1072			
1073			
1074			
1075			
1076			
1077			
1078			
1079			
1080			
1081			
1082			
1083			
1084			
1085			
1086			
1087			
1088			
1089			
1090			
1091			
1092			
1093			
1094			
1095			
1096			
1097			
1098			
1099			
1100			
1101			
1102			
1103			
1104			
1105			
1106			
1107			
1108			
1109			
1110			
1111			
1112			
1113			
1114			
1115			
1116			
1117			
1118			
1119			
1120			
1121			
1122			
1123			
1124			
1125			
1126			

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

	Tratados	Solns	

[illegible]

				COEFFICIENT
--	--	--	--	-------------

					DES TRAVAUX
--	--	--	--	--	-------------


0.05	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
------	------------------------------	--

U.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	

PROTHÈSES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT
H		

25533412	21432552	DES TRAVAUX
----------	----------	-------------

20000412	21433332	
00000000	00000000	

H	D	G
	00000000	00000000

VISA ET CARNET DE PRATIQUE INTERNATIONAL - 1985

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

## Professeur Nadia ZINOUN

Agréée en Gynécologie-Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de

Médecine de Casablanca

ACCOUCHEMENT - CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

CANCÉROLOGIE - MÉDECINE FŒTALE

MALADIE DU SEIN - STÉRILITÉ DU COUPLE

## ECHOGRAPHIE - ENDOSCOPIE

## الدكتورة نادية زنون

أستاذة مبرزة

اختصاصية في طب النساء و التوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

توليد - جراحة أمراض النساء

جراحة الثدي - العقم

### الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

23 JAN. 2023

Teil: Hesse: Natur

Candidax  $\frac{2}{10}$

$$1N \times 2/y \times 10$$

Demographic name

$$21 \text{ apple} \times 2/3 \times 2$$

NO COND

$$\frac{2cp}{fem} \times 2 fem$$

CHINESE

**PHARMACIE AHMED ALI**  
D.R.A.F. EL JAU  
 Sidi Maârouf - Casablanca  
 tel./fax : 05 22 97 32 16  
 GSM : 06 61 60 54 68

[illegible]

56، شارع عبد الرحيم بوعبد، زاوية زنقة إبييس - فضاء مكاتب الوازيس - الطابق الرابع - الدار البيضاء

56, Bd Abderrahim Bouabid, Angle rue des Ibis - Espace Bureaux Oasis - 4<sup>ème</sup> étage - Casablanca

Tél. : 05 22 20 76 77/78/73 : الهاتف - Fax : 05 22 20 76 78 : الفاكس - E-mail : drnadiazinoun@gmail.com