

# 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0023047

149376

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 261

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Z. RANI

MENNANA Nenfe RAHHAR

Date de naissance : 1949

Adresse :

Tél. : 06.6232.6022

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/21/23

Nom et prénom du malade : A. RAHHAR MENNANA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

P8H

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0023047

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### RELEVE 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
4/2/23	5		300	Dr Said RAMY RHUMATOLOGUE 39, Rue Omar Slama Casablanca Tél: 0522 26 68 78 Fax: 051118794

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HACIEN Dr Said RAMY / Tel: 0523 34 85 73	4/2/23	1480,5

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

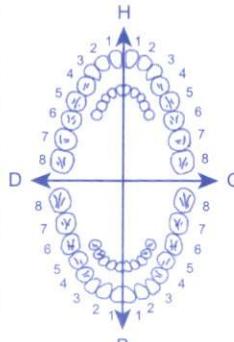
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

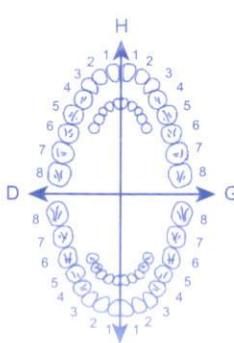
#### Important :

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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX



O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 00000000	
	B 35533411 11433553	
	G	



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

				DATE DU DEVIS

				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DOCTEUR SAÏD RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole  
de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatalogue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonnes vertébrales

Radiologie Osseuse



**الدكتور سعيد الرامي**  
**للتخصصي**

مجمع كلية الطب بالجامعة نورات فرنسا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة العليا

للتدريس الطبي

**المراد الرهوماتيزم**

الهفاف العاصل، المضلاط

المبرد للنفري والرجل

العنق بالأشعة

Casablanca, le 1/2/23

0 - BAHHAR 05NNANA

193,60 x 3  
580,80

- Fosavance 5600:

up / senza

3/4 h avant le petit déjeuner

3 mls

61,50 x 6  
369,00

- Aduie 15 mg: up le si

du repas 20 à 1 mls

14,00 x 3  
433,50

- 68AC 20, Igcf 1 f

10,50

- parenteral 500: 2up rat ch

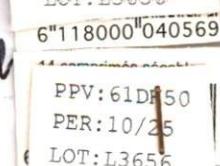
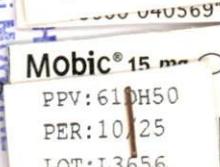
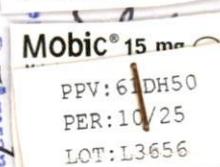
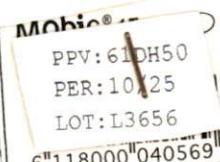
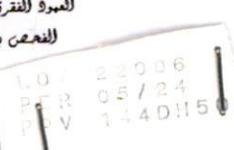
86,70

10 f

- sindolud: 1/2

144,80

GSM : 066  
0522 26 68 78 - الهاتف : 39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial  
E-mail : saidram@





6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH



6 1 1 8 0 0 1 1 6 0 4 7 1

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

70058199/00-1  
AMM 294/17 DMP/21/NRQ  
DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH

