

## 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- 0016685

152160

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 20/09/1954

Adresse : MAARIF WE IBNOU NAFISS N°62 APP. B

Tél. : 0675588384 Total des frais engagés : 701,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/03/2023

Nom et prénom du malade : KHAYAR RACHIDA Age :

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 07/03/2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
07/03/2023	CS	---	619,50	

N° INP : 091 021 865

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/03/23	701,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

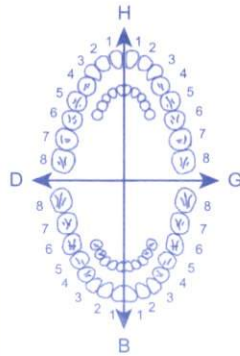
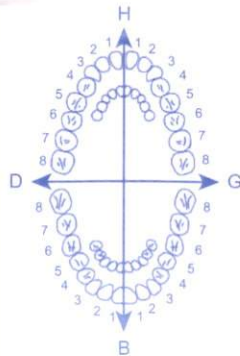
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<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 00000000</td> <td>G 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 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H														
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D 00000000	G 00000000													
	35533411	11433553													
	B														
	<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'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**  
**Dr Chadia BENCHEQROUN**

**Cardiologue**

**Ancienne externe des hôpitaux de Paris**  
**Ancienne interne des hôpitaux de Bordeaux**  
**Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux**  
**CES des maladies du cœur et vaisseaux**  
**Diplômée d'écho-doppler cardiaque et vasculaire**  
**Membre de la Société Française de Cardiologie**  
**Filiale Pédiatrique et Filiale d'Echocardiographie**

**CASABLANCA, LE 07 MARS 2023**

**MADAME KHAYAR AMADOU RACHIDA**

138,10 x 3

1/- **PREZAR 100 MG**  
1 CP/J LE MATIN.



97,70 x 2

2/- **AMEP 5 MG**  
1 CP/J LE MATIN.



30,60 x 3

3/- **ESIDREX 25 MG**  
½ CP/J LE MATIN.



401,50

**TRAITEMENT DE TROIS MOIS**  
**A NE PAS ARRETER**

**VITA**  
Pharmacie VITA - CASABLANCA  
Tél: 05 22 99 41 63  
Fax: 05 22 99 41 63  
Pharmacie VITA - CASABLANCA  
465, Bd. Mohammed VI  
Val Fleury - Maarif - CASABLANCA

الدكتورة شادية بنشقر  
**Dr. Chadia BENCHEQROUN**  
**CARDIOLOGUE**  
63, Bd. d'Anfa, Angle Rue Washington - Casablanca  
Tel/Fax : 0522 29 33 49 / 0522 29 41 71

PPV : 138DH10  
PER : 10/25  
LOT : L3486

PPV : 138DH10  
PER : 10/25  
LOT : L3486

PPV : 138DH10  
PER : 10/25  
LOT : L3486

97,70

97,70

PPV : 30,60  
Exp :  
N° Lot :

PPV : 30,60  
Exp :  
N° Lot :

PPV : 30,60  
Exp :  
N° Lot :