

# 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

M22- 11462

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30180 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL MAZIANI MARIAM  
Date de naissance : 03/04/1981  
Adresse : lot Fath II Pmm mandoruna 23 apt n°3  
Sidi Inach Casablanca  
Tél. : 0661284595 Total des frais engagés : 1888,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 25/03/23  
Nom et prénom du malade : EL MAZIANI MARIAM Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Goutte nodulaire  
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 : 25/3/23  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 - 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
25/05/23	2		3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/05/23	1588,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

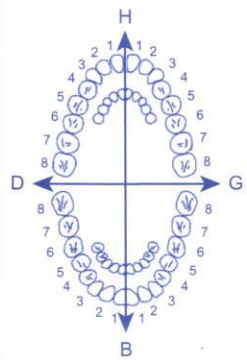
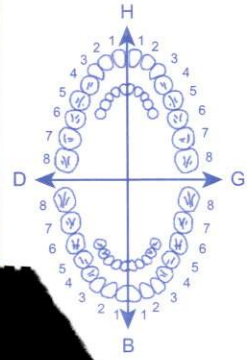
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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																	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

الدكتورة عربوي باتال فتيحة

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السممة

Casablanca, le : 25/25/23

no EL Nazyne Nazyne

(180,00 X 4)

Tél: 0522 25 61 65 - Gsm: 0668 43 95 43  
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis  
En face Gare de l'Oasis - Casablanca  
DR. ARBAOUI BATTAL FATIHA  
DIABÉTOLOGIE - NUTRITION  
ENDOCRINOLOGIE

(137,00 X 6) Fd lo.

26,60 Vita C 100  
1 cl 4

13,50

Uridose 13,50 (M=2)  
2 ABapus d'ur

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



6 118000 190936

70x35x85

Tél: 05 22 25 61 65 - Gsm: 0668 43 95 43  
DR. ARBAOUI BATTAL FATIHA  
DIABÉTOLOGIE - NUTRITION  
ENDOCRINOLOGIE  
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca  
En face Gare de l'Oasis - Casablanca

T ⇒ 1588,00

القطار الوازيس - انذار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65

En cas d'urgence

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

Maphar  
Bd Alkima N° 8, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVÉDOSE 100 000 UI/2 ml

SOL BUV

P.P.V. : 19,50 DH



5 118001 185030 48

إقامة جوهرة. 150 طريق ا

(are Oasis) - Casablanca

0522 23 25 06

LOT 223477 1  
EXP 10 2025  
PPV 180.00



**Ingédients :** agents de charge : lactose ; antiagglomérant : tac ;  
cellulose ; glucose ; antiagglomérant : silice colloïdale anhydre ; sels  
de magnésium d'acides gras ; acide pteroylmonoglutamique (acide  
folique), iodure de potassium

Folio® 120cp P.P.C : 137,00

↓↓  
Xf6ed

LOT 223782 1  
EXP 11 2025  
PPV 180.00



LOT 223782 1  
EXP 11 2025  
PPV 180.00



LOT 223782 1  
EXP 11 2025  
PPV 180.00

