

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)

174 244

Déclaration de Maladie : N° S19-0048472

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11694** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HACHIMI KHALID** Date de naissance : **17/02/1975**

Adresse : **32, RUE SOUS QUARTIER CUBA CASA**

Tél. : **06 72 96 32 56** Total des frais engagés : **284,50** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. ABDELALI Abdeljalil**  
Médecin généraliste  
16, avenue El Haouz, 1er étage  
Takaddoum - Rabat  
Tél. : 05 37 65 98 16

Date de consultation : **29/02/23**

Nom et prénom du malade : **HACHIMI LOJAIN LATIFA** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Gastrite et colite Aigüe**

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 : **29/02/23**

Signature de l'adhérent(e) :

### 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 Frais
29/07/23	C		200,00	Dr. ABDELALI Abdellatif Médecin généraliste 16, avenue El Haouz, 1er étage Takaddoum - Rabat Tél.: 05 37 65 90 16
	MEDECIN AGREE - CONTRÔLEUR CNSS	INPE : 101169001 ICE : 001844468000037 IF : 14456816 RC : 805 CNSS : 9096307		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAIK (PHARMACIE GHITA) Mag. 1C Av. Tarik Ibn Ziad Imm. 10, Témara	29/08/2023	86,50 DH
INPE		

### 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	

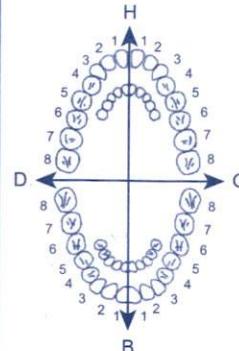
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

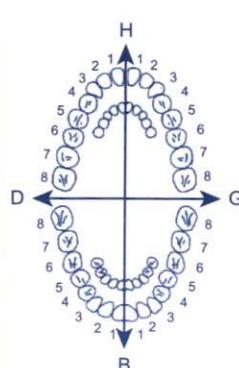
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur ABDELALI Abdeljalil**

Médecine Générale

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat  
DIU de la faculté de médecine de Bordeaux

*Médecin agréé pour la visite médicale  
pour le permis de conduire*

Echographie - Electrocardiographie  
Adultes Et Enfants

M<sup>le</sup> : 11694

**الدكتور عبد العالى عبد الجليل**

طب عام

خريج كلية الطب بالرباط وبوردو  
طبيب معتمد للفحص الطبي للقدرة على السياقة  
الفحص بالأكمغرافية وتخطيط القلب  
للكبار والصغار

Rabat le 29/08/2023 11:05

**HACHIMI LOJAÏN LATIFA**

1) APAZIDE® 4% sirop:

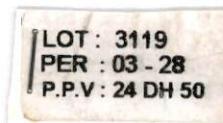
1 Cà M x 2 par jour pendant 5 jours

2) ENTEROGERMINA flacon:

1 flacon par jour pendant 10 jours

3) TRIBUTINE sirop:

1 cuillère(s) à café 2 fois par jour pendant 7 jours



Médicament(s) non renouvelable(s) et non substituable(s) sans un avis médical En cas d'intolérance ou d'allergies prière de contacter votre médecin ou les urgences

*Dr. ABDELALI Abdeljalil*  
16, Avenue El Haouz, Takaddoum - Rabat  
Tél.: 05 37 65 90 16

INPE 101169001 - ICE : 001844468000037 - RC: 805 - IF: 14455816 - TP:25947805

Rendez vous de contrôle à respecter le

à

16, Avenue Al Haouz, Gpe Argane - Takaddoum • Rabat  
(en face de la CNSS) INP : 101169001  
Tél. : 05 37 65 90 16

16، شارع الحوز، مجموعة أركان - حي التقدم - الرباط  
(قبال الضمان الاجتماعي)  
الهاتف : 05 37 65 90 16