

## 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° P19- 0011819

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUMNI CHAKIR Date de naissance : 22.09.65  
Adresse : 40. lotissement belle rue nidi'garouf CAS  
Tél. : 0661 23 09 22 Total des frais engagés : 621,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/2023

Nom et prénom du malade : MOUMNI HADJOURA Age :

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

Nature de la maladie : Zupetin

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 : 11/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

05/09/2022	G		321	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/09/2022 321,30

## 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  
A M    P C    I M    I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

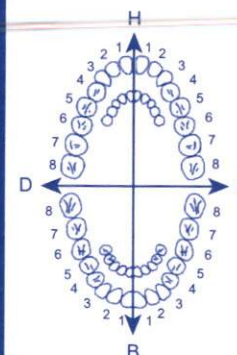
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

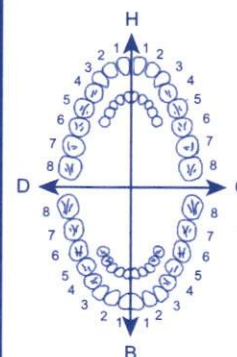
FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

Pr. Chems Eddoha MOUNZIL BENSILAMA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Ancien Professeur à la faculté de médecine de Rabat

Ancien Médecin Commandant à l'Hôpital Militaire de Rabat

Ancienne Assistante des Hôpitaux de Paris

Diplômée de la Faculté de Médecine René Descartes à Paris

en Stérilité et Reproduction, Echographie, Coelioscopie

et Hystéroscopie

الدكتورة شمس الضحى مونزيل بنسلامة

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

استاذة جامعية سابقا بكلية الطب بالرباط

طبيبة عسكرية سابقا بالمستشفى العسكري بالرباط

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات باريس

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس

وحائزة على دبلوم العمق والتناسل، الفحص بالأموح

الجراحة بالمنظار والفحص الداخلي للرحم

Casablanca, le 05.09.2023 في الدار البيضاء،

Mme MOUMNI Hajjouba

1 FLUOMIZIN

1 comprimé gynécologique au coucher, pendant 12 jours.

2 SEPCEN 500 MG

1 comprimé le matin et le soir, au cours du repas, pendant 5 jours.

3 DIFLUCAN 150

1 gélule en monoprise .

4 SEPTIDOL 8

1 application 2 fois par jour suivi d'un rinçage

Pr Chems MOUNZIL BENSILAMA

**Pfizer** **DIFUCAN®**  
150 mg FLUCONAZOLE  
UT. AV.: P.P.V.:  
12 25 53 70  
LOT N°: GT8735

09366020/6

LOT: 5823409  
PER: 02/2025  
PP: 7-60 04

74.80

Distribué par: ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable  
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ  
P.P.V.: 96.40 DHS

Distribué par: ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable  
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ  
P.P.V.: 96.40 DHS