

# 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.



179099

## Déclaration de Maladie : N° S19-0004474

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : EL GSSIER HAJAR      Date de naissance : 13/10/1990  
 Adresse : Bd Abdelmoumen, Immb. Apart 18, Mohammedia  
 Tél. : 0600 62 81 92      Total des frais engagés : 601,7      Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. AIT SEDDIK Soaad**  
 Médecin généraliste  
 Central Park, BD Abdelmoumen  
 Imm. D, N° 45, Mohammedia  
 Date de consultation : 09/10/2023      Tél : 0923 2738 99  
 Nom et prénom du malade : EL GSSIER HAJAR      Age : 33 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : affection  
 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 : 13 / 10 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) : *V. Huy*

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

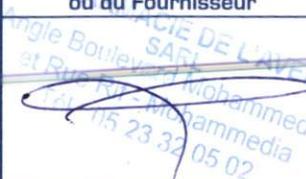
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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
09/10/23	C	1	250,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/23	351,70

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

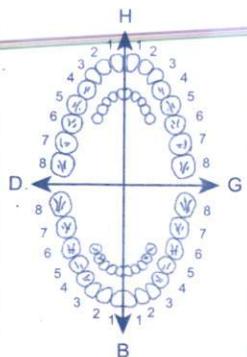
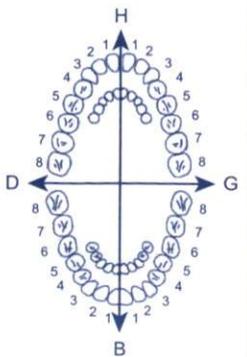
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				<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</td> <td>G</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> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

## د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

## ORDONNANCE

**Nom :** Mme El Gssier Hajar

**Date :** 09/10/2023

1/Respimer Netiflow

1 lavage nasal deux fois par jour pendant 1 semaine

2/Azix : cp 500 mg

1 cp une fois par jour pendant 3 jours

3/Ventoline : aérosol

2 bouffées deux fois par jour pendant 4 jours

CETU2179  
CT24145C



BOTTU SA  
PPC : 129 DH 90

10012042  
2023-02  
2023-01

Dr. AIT SEDDIK  
Médecin généraliste

Central Park, Bt Abdelmoumen,  
Imme. D, N° 45, Mohammedia  
Tél: 05 23 27 18 99

LA PHARMACIE DE L'AVENUE  
Angle Boulevard Mohammed V  
et Rue Rif - Mohammedia  
Tél : 05 23 32 05 02

**Azix** 500 mg  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables



6 118000 040941

ICE : 002261665000037



061163382

PPV 79DH70  
PER 05/26  
LOT M1245



La date de tous les documents émis est interchangeable.

Lot M J 3 V  
EXP 12 20 24  
PPV 45, 30 D H

Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia  
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق الم  
soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف

Ventoline 100 mcg  
Aérosol, 200 doses.



6 118001 141258

BOTTU SA  
PPC: 96 DH 80

Code ACL : 5373289

LOT

1210

2023-04

2026-03



*[Faint, illegible text, possibly a stamp or document header]*