

# 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.

## 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](http://www.mupras.com)

186590

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002144

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11713

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SOBAI IDRISI Ahmed

Date de naissance :

Adresse : 12 Bd Oued Law Guelja

Tél. : 06 22 24 1093 Total des frais engagés : 1023,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/2023

Nom et prénom du malade : Sbai Nasir Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casa

Le : 13/12/2023

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 Actes
11/12/2023	S	-	1000	091177907

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE ALAKI TARIFFE AVANTAGE ICE : 00151414	PAUL / 23	873,10

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																	
<b>Important :</b> 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												
					CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION												
		O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		CŒFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION											
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	G		25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000		35533411		11433553		
H		G															
25533412 00000000		21433552 00000000															
D		B															
00000000																	
35533411																	
11433553																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

Médecine Générale

[Femme , Homme et enfants]

Diplôme d'echographie générale de la  
Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



Le code INPE : 091177907

عيادة الدكتورة سهام حنانا



الطب العام  
(نساء، رجال وأطفال)  
دبلوم الفحص بالصدى  
كلية الطب بالدار البيضاء  
متابعة الحمل  
تخطيط القلب  
الدار البيضاء في

Casablanca, le :

11/12/2023

Sboei Nadia

Slipidaf SV

1

48,20  
\*4

Igel x 2 T

68,50

2

58,30

SV

149 x 3 T

T

3

29,90

SV

149 x 3 T

T

4

81,17

SV

149 x 3 T

T

5

27,00  
\*2

SV

149 x 3 T

T

Total : 873,10

الرجو احترام وصفة طبيكم

ياسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmina 1 Bd, Amkala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock) - Casablanca

PPV  
LOT  
PER

EE, 20

X4  
Ged ↙

LOT : 6652  
PER : 08 - 25  
P.P.V : 58 DH 30

LOT : 230774  
PER : 09/2028  
PPC : 79, 90DH

OLEDIZ® 20mg, comprimés gastro-résistant. Boîte de 1  
PPV : 82 DH 10  
AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AW02

  
6118001480029

Autorisation Ministérielle N°:

20221704034/MAv3/CA/DPS/DMP/18

PPC : 270.00 DH