

# 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.



ND: 188342

## Déclaration de Maladie : N° P19-0015505

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11585 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAINE Date de naissance :

Adresse : Cite Anzoute Rue 33 N°139 Casablanca

Tél. : 06 73 98 29 20 Total des frais engagés : 705,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOULOHRICH Yassine  
Anesthésie-Réanimation

Date de consultation : 23/12/2023

Nom et prénom du malade : BENAZZOUZ TAHA Age : 16 ans

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 : Casablanca Le : 23/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0015505

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 11585

Nom de l'adhérent(e) : MOUSTAINE

Total des frais engagés : 705,30 Dhs

Date de dépôt : 25/12/2023

## 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 |
| 23/11/23                       |                   | 12                    | 4000                            | Dr. BOUCHARICH Yassine<br>Anesthésie Réanimation               |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |              |                       |
|--|--------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date         | Montant de la Facture |
|  | 23 / 12 / 23 | 305.30                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

[illegible]

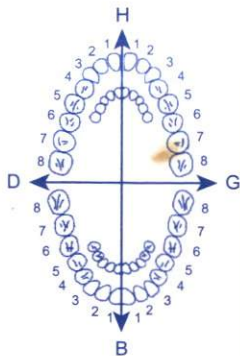
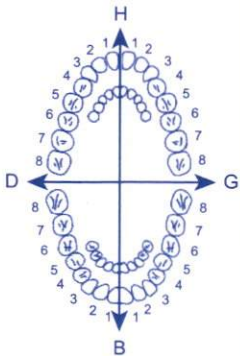
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|---|---|---------------------|-------------|---|--|---|---|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|    |   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  | DEBUT<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   | FIN<br>D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| <b>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</b>  |   |                     |             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                  |  |   | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | <table style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |                     |             | H   |  | 25533412  |   | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |  |
|   | H   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412  |                     |             | 21433552  |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000            |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D   | G                   |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000  | 00000000            |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411  | 11433553            |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  |   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   | DATE DU<br>DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>      |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  | DATE DE<br>L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |   |                     |             |   |  |   |   |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

**(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 L'EXECUTION



# CLINIQUE DAR SALAM

PHARMACIE  
MODIBO KEITA  
728, Bd. Modibo Keita  
Tél: 0522 82 65 24 - Casablanca

TANA BENAZOUR

1) Augmentin 1g  
126.30

2) Fe Lorex  
21.00

3) Apixol  
79.00

4) Aromtiva  
79.00

305.30



PPU: 126,30 DH  
LOT: 651610  
PER: 02/25



LOT : 3415  
UT.AV: 04-26  
PPV: 21DH00



Lot: 230138  
A consommer  
avant le: 02/2026  
PPC: 79,00 DH



PPC : 79DH00



URGENCES 24/24

Dr. BOU-OU-RICH Yassine  
Anesthésie-Réanimation