

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-760928

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10821 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : MOUFID SIHAM

Date de naissance : 04/04/76

Adresse : 89620

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/12/23

Nom et prénom du malade : MOUFID SIHAM

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 : CRSA

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT



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
28/12/2023	sn	-	300 dh	INP : 161166998

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du dispensaire	Date	Montant de la Facture
	28/12/83	298.80

[illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES		Traitements																		
						COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																			
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession					MONTANTS DES SOINS														
				DATE DE L'EXECUTION																

ole orale

# RAISSOUNI

Gastro entérologie  
ologie

e - Échographie

ine de Rabat - Diplômée  
imiques intestinales de  
Ancienne interne des  
ne Médecin à l'hôpital  
ne Médecin à l'hôpital  
amed V de Rabat

PPV :  
LOT :  
PER :

30,00

LOT: 4321  
PER: 05/2  
PPV: 42DH

B.No : 00879  
MFG : 05 2023  
EXP : 04 2028

13,80



TANGER le : 28/12/2023

Mr MOUFID SIHAM

Né (e) le 04/04/1976 47 ans 8 mois 24 jours

## ORDONNANCE

NURODOL 400 M

1 cp x 3 /j pdt 10 j (au cours des repas)

DUOXOL

2 cp x 3/j pendant 5 j

OMIZ 20 MG

1 gel /j pdt 14 j 30 min avant petit déjeuner

OSMOLAX SIROP

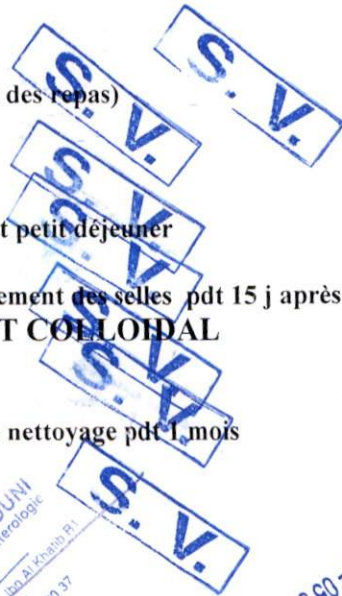
1 cui à 3/j jusqu'à ramollissement des selles pdt 15 j après repas

POMMADE A L'ARGENT COLLOIDAL

1 appx2/j pdt 5 jours

MEBO CREME

1 app intra-anale x2/j après nettoyage pdt 1 mois



Dr. FERDIAOUS RAISSOUNI  
Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
1er étage  
Tél/Fax : 05 39 34 33 42 - 06 64 88 97 88  
Rue Al Moetamid Ibn Abbâd, Imm. Ibn Al Khatib B1

Pharmacie AL BARAKA  
Jamilia ZINATI  
2 Place de Koweïl - Tanger  
Tél.: 05 39 33 60 88 - 05 39 37 14 20  
Pharmacie AL BARAKA  
INPE : 162004188

9. زنقة المعتمد بن عباد عمارة " ابن الخطيب ب " الطابق الأول رقم 38 طنجة

9, Rue Al Moetamid Ibn Abbâd. Imm. " Ibn Al Khatib B ", 1<sup>er</sup> étage N° 38 - Tanger

الهاتف / الفاكس : 05 39 34 33 42 / 06 64 88 97 88

البريد الإلكتروني : E-mail : docraissouni@gmail.com

**DUOXOL** 500mg/2mg **ديوكسول**  
Bottle de 20 comprimidos علبه من 20 قرصا

37,00

36,00

Handwritten notes in Arabic script, likely detailing medical instructions or patient information.