

# 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 la feuille de soins.
- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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

Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier ... - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-814927

198257

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 5009 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : REGRAGUI RACHID

Date de naissance : 24.06.1961

Adresse : IMH 28 APT 5 WAF 43 oulfa casa

Tél. : 0600170246 Total des frais engagés : 487,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr Rahmouni Imane  
Hépatogastro-entérologue  
Et Proctologue  
INPE: 061306155

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/2024

Nom et prénom du malade : REGRAGUI RACHID Age : 63

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

Nature de la maladie : Affection Digestive

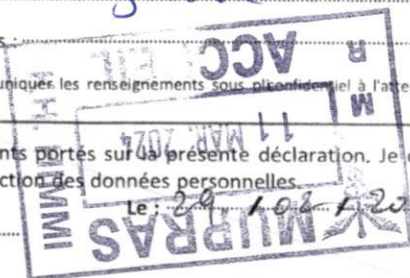
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 24/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





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
25/09/14	CS		7100	INP : 092030948

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY EL WIAM 252 BOU OUED SEBOU CASABLANCA TEL: 05 22 91 17 31	29/02/14	97,80 DHS
		INPE 092030948

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]										
				MONTANTS DES SOINS [ ]										
				DEBUT D'EXECUTION [ ]										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>2553412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 3553411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		2553412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 3553411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H													
	2553412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 3553411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**Dr RAHMOUNI Imane**  
**Hepato-Gastro-Entérologue**

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca  
(UM6SS) et de l'université de Paris  
Ancien interne du CHU pitié salpêtrière- Paris



Maladies : Œsophage - Estomac - Intestin grêle  
Colon - Rectum - Foie - Pancréas - Vésicule biliaire  
Oncologie digestive - Nutrition et obésité  
Echographie abdominale  
Endoscopie diagnostique et interventionnelle  
Proctologie (Hémorroïdes, fissure, suppurations anales...)

د.ة. الرحموني إيمان  
اختصاصية في أمراض الكبد والجهاز الهضمي  
خريجة كلية الطب محمد السادس  
لمعلوم الصحة بالدار البيضاء، وجامعة باريس  
طبيبة سابقة في المستشفى الجامعي بيتي سالتريير بباريس

أمراض المريء - المعدة - الأمعاء الدقيقة - القولون  
المستقيم - البنكرياس - المرارة - الكبد  
تشخيص أورام الجهاز الهضمي - التغذية والسمنة  
الفحص بالصدى - الفحص وعلاج الجهاز الهضمي بالمنظار  
أمراض الشرج

Casablanca le : 29/02/2024

Nom et Prénom : Mr REGRAGUI RACHI

**1 - DIGESTINE 10 mg**

1 gélule matin , midi et soir 1/4 h avant le repas, per

**2 - INEXIUM 40 mg**

1 gel le matin et soir , avant le repas, pendant 7 jour

**3 - CARBOSYLANE**

1 dose , 3 fois par jour, 1 h après le repas, pendant 7 jours

**4 - LARGACTIL**

1/2 comprimé, matin et soir si pas d'amélioration

LOT: 132  
EXP: 04-2027

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE  
Boîte de 96 gélules (48 doses)  
PPV 74.00 DH  
6 118001 070893

LARGACTIL 100MG  
CP PEL SEC B30  
P.P.V : 23DH80  
LOT : 23E001  
PER: 04 2026  
118000 012375

صيدلية حي الوئام  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
CASABLANCA TEL: 05 22 91 17 31  
INPE: 0002030949

سينتي أوفيس، إقامة ميسيمي رقم 58 مكرر، الطابق 4 المكتب 6 D الحي الحسني (موف KFC امام مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء  
City Office, 58 Bis, Lot. MISSIMI, 4<sup>ème</sup> étage Appt. D6 Hay Hassani (au dessus de KFC, en face Marjane et McDonald's Hay Hassani) Casablanca

☎ 05 22 89 27 66 ☑ 06 65 14 47 45 ✉ Dr.rahmouni.imane@gmail.com