

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

AUPRAS 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.

**JPRAS** : 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° W19-541205  
N°D: 34826.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01204 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DAHEUR NOUREDINE

Date de naissance : 18.07.49

Adresse : IDEM

Tél : 0661664885 Total des frais engagés : 39,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SENHAJI Wassym  
Gynécologue - Obstétricien  
207-209 Bd. de la Résistance  
Casablanca  
Tél: 05 22 20 99 02

Date de consultation : 21 Jul 2020

Nom et prénom du malade : Age : 64

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

Nature de la maladie : Gynécologie + obésité

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27 07 20



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
CS		9		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/20	99,20

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 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

**Docteur SENHAJI RHAZI Wassym**  
**Gynécologue - Obstétricien**

Diplômé de l'Université de Paris  
Ancien Attaché et Interne des Hôpitaux

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE - MALADIES DU SEIN  
COLPOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE - COÉLIOSCOPIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR 3D/4D

**STERILITE DU COUPLE (FIV, ICSI)**

**الدكتور الصنهاجي الرازي وسيم**

أخصائي في أمراض النساء و التوليد  
خريج جامعة باريس

الجراحة النسائية - أمراض الثدي  
الفحص بالصدى - الفحص بالمنظار

**عقم الزوجين**

Casablanca, le 21/07/2020

**DAHEUR Bouchra**

**D cure forte**

1 ampoule à boire tous les 15 jours x 3  
puis 1 ampoule par mois x 3

**Actyl D**

1 comprimé par jour, pendant 4 mois

**Cadelius**

1 comprimé par jour, pendant 3 mois

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20D06  
EXP: 04/2023

صيدلية شفيق  
**Pharmacie Chafik**  
Hay El Massaoudi, Rue 1 N° 40  
Bis Ain Diab Rte D'Azemour  
Casa/Anfa Tél: 05 22 39 04 80

**Dr. SENHAJI Wassym**  
**Gynécologue - Obstétricien**  
207-209 Bd. de la Résistance  
Casablanca  
Tél: 05.22.20.99.02