

## 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

- Reclamation : 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-411308

612099

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 261

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZIRANI MENNANA EP BAAHAR

Date de naissance : 01/01/49

Adresse : 28 Rue MOUSSA IBNOU NAUCÉIR

Tél. : 0662326028

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : A. BAAHAR ZIRANI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Arthrose*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

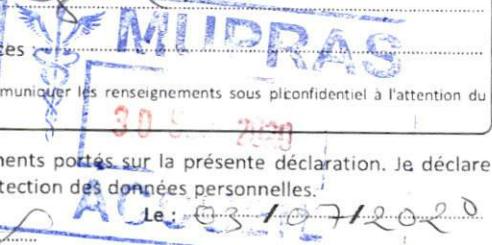
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

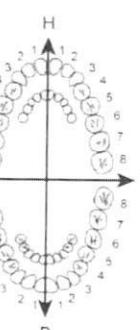
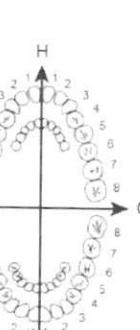
Le : 06/07/2020

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
30/01/20 15			300	INP : 09M8794 PRESTATION
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Univers Saint JAMALI al. 05 21 98 09 06. 01</i>	30/6/20	801,90

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.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (check boxes for treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (check boxes for nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (check boxes for coefficients)	INP : <input type="text"/>													
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DÉBUT D'EXÉCUTION													
				FIN D'EXÉCUTION													
				<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 													
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
				H	25533412	21433552											
				D	00000000	00000000											
				B	35533411	11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																	

**DOCTEUR SAÏD RAMY**  
**Spécialiste**

Diplômé de la faculté de Médecine de Clermont

Ferrand (France)

Ancien interne et assistant des Hôpitaux  
de France

Enseignant à la haute Ecole  
de Kinésithérapie (H.E.K)

**Rhumatologue**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colones vertébrale

Radiologie Osseuse



الدكتور سعيد الرامي  
اختصاصي

خريج كلية الطب بكليرمون فيرسان فرنسا

طبيب ملحق سابق بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالمدرسة العليا

للترويض الطبي

**أمراض الروماتيزم**

الغضاريف المفاصل العضلات

العمد النقري والرجل

التحصي بالإشعاع

Casablanca, le 30/6/20.....

BAHAR AONNAON A

22,80 Cetamog 5 mg, 2x le mat 3 min

16 10 61,50 25 98,00 13,20 801,90

Nolte 15 mg, 1x le mat au milieu du repas 20 à 1 min 3 min

Prayol 20; gel 1 à 3 min

Cetamog 5, 1x mat et 8h 15 à

Pharmacie Univers Saint JAMALI  
Hicman Oufi  
116, Rue Jilali El Oufi  
Tél: 05 22 98 09 06 - Casablanca

801,90

Pharmacie Univers Saint  
JAMALI  
Hicman Oufi  
116, Rue Jilali El Oufi  
Tél: 05 22 98 09 06 - Casablanca

GSM : 0661 42 78 23

39 زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري تريفيك الدار البيضاء - الهاتف : 0522 26 68 78

39, Rue Omar Slaoui 2 ème étage N°6 Centre Commercial Taofik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 26 68 78

E-mail : saidram@hotmail.fr

PPV: 61DH50  
PER: 11/22  
LOT: J089

PPV: 61DH50  
PER: 01/23  
LOT: J089

PPV: 61DH50  
PER: 01/23  
LOT: J089

PPV: 61DH50  
PER: 01/23  
LOT: J089

PPV: 61DH50  
PER: 11/22  
LOT: J089

CETAMYL® 1000 mg  
Paracetamol  
Balle de 10 comprimés P.P.V. : 13.20 DH  
6 118000 191438

Paracetamol 1000 mg  
Balle de 10 comprimés P.P.V. : 13.20 DH  
6 118000 191438

CETAMYL® 1000 mg  
Paracetamol  
Balle de 10 comprimés P.P.V. : 13.20 DH  
6 118000 191438

22,80

22,80

22,80

22,80

22,80

22,80

PPV: 30DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-5

PPV: 96DH00  
PER: 08/22  
LOT: J494-1

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1031-1

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1031-1