

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-550615

ND: 44965

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12069 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) 22 OCT 2020

Nom & Prénom : MSADEK HAMID

Date de naissance : 18/04/1977

Adresse : 57, rue 201, Hay Aly Abdellah, An choh

Tél. : 0660401610 Total des frais engagés : 779,20 Dht

## Cadre réservé au Médecin

Dr. MAHBOUB Abdelouahed  
Pneumo - Allergologue  
Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Farhatine 5  
2ème Etage App 7 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 08 09 / GSM: 06 67 11 11 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 AOUT 2020

Nom et prénom du malade : HALFA NAWAL Age: .....

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

Nature de la maladie : Affection chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

# 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
06 AOUT 2020			200077	INP : 092028166 Dr. MAHBOUB EL BOUABE Pneumo - Allergologue Bd. Mohamed Bouazene - 2ème Etage App. 2 - Casablanca Tél: 06 22 64 88 01 / 06 22 64 88 02

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>الصيدلية العائلية</p> <p>د. محمد بن عبد الله رزقة رقم 15</p> <p>الشارع 222</p> <p>NPE : 092028166</p>	06/08/20	520,10

# 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	

# VOLET ADHERENT

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

					COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
					MONTANTS DES SOINS																						
					DEBUT D'EXECUTION																						
					FIN D'EXECUTION																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
H																											
25533412	21433552																										
00000000	00000000																										
D		G																									
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
B																											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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. MAHBOUB Abdelouahed**

Ex Médecin Chef de service de pneumophthisiologie  
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire,  
Allergies, Asthme, Tuberculose  
Sevrage Tabagique, Tests d'Allergie  
Exploration fonctionnelle respiratoire  
Endoscopie Bronchique

**الدكتور عبد الواحد محبوب**

رئيس قسم الأمراض الصدرية سابقا  
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
الحساسية، الربو (الضيق)، السل  
الاقلاع عن التدخين، تحليل الحساسية  
فحص وظيفية التنفس  
التنظير القصبي

**Ordonnance**

Casa, le 06/08/2022 : الدار البيضاء في

KALFYA Nawal

120.20  
61.80

Aerus 9 matins

191, 100 x 300

150.00

Aeronaux 1 pulb inhalant, 1 day -  
lehu

35.00

2 pulb inhalant, 1 day -  
241, lehu 1 pulb inhalant, 1 day - 8

28.60 x 6

Primalen 1 day  
191, lehu 1 day

579.10

**الصيدلية العائلية**  
**هشام فاخر**

حي مومن عبد الله بقة 187 رقم 15  
عم الشق الهادي: 05 22 21 83 15  
INPE: 092028166

**Dr. MAHBOUB Abdelouahed**  
Pneumo - Allergologue  
Bd. Mohamed Bouziane, Rés. Farhatine 5  
2ème Etage App 7 - Casablanca  
Tél: 05 22 50 08 09 / GSM: 06 62 06 50 98

# Aeromax®

Budésotide

LOT: 0036N006

PER: 02/2021

PPV: 190,00 dh

LOT: 080-1

PER: DEC 2021

PPV: 120 DH 70

ملبسة

LOT: 079-1

PER: OCT 2021

PPV: 61 DH 80

ملبسة

PPV

LOT

PER

35,00

28,60

28,60

28,60

28,60

28,60

28,60