

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 046992

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

49638

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 616 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LAHOUICINE

Date de naissance : 01.06.1948

Adresse : HAY ELINARA 1 Rue 14 N. Casablanca / Morocco

Tél. : 06 64 86 55 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/2020

Nom et prénom du malade : Naima

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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.

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



### 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

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



# 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
27/10/20	consult		pre-consult	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/20	1183,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

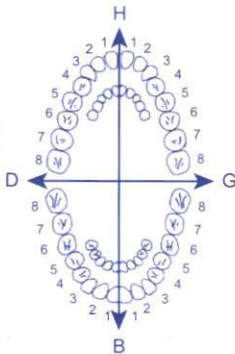
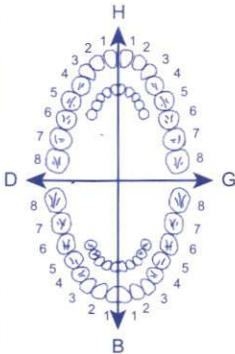
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Docteur Asmâa GOURJA

Médecine Générale  
Echographie Clinique  
Electro Cardiogramme  
Gynécologie Femmes, Hommes  
et Enfants



الدكتورة أسماء كحورجة

الطب العام  
الفحص بالصدى  
تخطيط القلب  
طب النساء، الرجال  
والأطفال

Casablanca le

27 10 2023

1 - Dring ep SAKAL

PPC: 95.00

COOP PHARMACIE



70027234/010414-1

6 118001 160495  
JANUMET\* 50/1000 mg  
AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V.: 437,00 DH

Lipantyl  
11680 X 3 = 35040

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casaf  
LIPANTHYL\* 160 mg Cr  
P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

6 118001 181636  
P.P.V.: 116,80 DH  
LIPANTHYL\* 160 mg CP PEL B30  
Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc

maphar  
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc  
LIPANTHYL\* 160 mg CP PEL B30  
P.P.V.: 116,80 DH

6 118001 181636

LOT : 201053

UT AV : 07/2023

PPV : 99,00DH

UT AV:

LOT N°:

(DH) Ad

PPV : 99,00DH

LOT N°:

(DH) p

PPV : 99,00DH

LOT N°:

(DH) f

Janumet  
437.00

95.00

حي مولاي عبد الله زنقة 153 رقم 31 الإنارة عين الشق - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 50 32  
Hay Mly. Abdellah, Rue 153 N° 31 Inara I - Ain Chock - Casablanca - Tél.: 05 22 50 50 32  
GSM : 06 74 68 87 68 - Email : docteurgourjaasmae@live.fr