

# 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 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

- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



ND: 16078

**Déclaration de Maladie : N° S19-0004910**

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : lehoile  
 Nom & Prénom : RABAOUA Mohamed Date de naissance : 1933  
 Adresse : HAY ENNOUR Rue 5 N° 11 CASA BLANC  
 Tél. : 06 69 83 62 55 Total des frais engagés : 250 + 401,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/2019  
 Nom et prénom du malade : RabaoUA Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 70000

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

Fait à : CASABLANCA Le : 29/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/01/2020



# 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
12/19	C5	202,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/19	407180

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

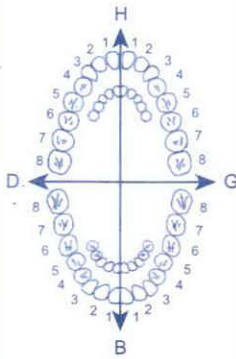
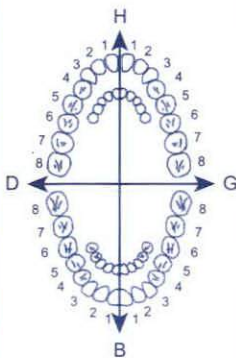
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

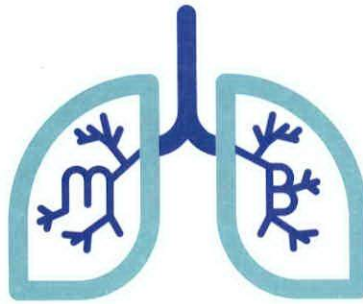
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Myriem BRICHA

Pneumologue - Allergologue

Maladies respiratoires • Asthme et allergies  
Aide au sevrage tabagique • Maladies liées au sommeil  
Tests cutanés • Explorations fonctionnelles respiratoires



## الدكتورة مريم بريشة

أخصائية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

أمراض الجهاز التنفسي • الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين • الأمراض المتعلقة بالنوم  
اختبارات الجلد • الكشف الوظيفي التنفسي

16/12/19

Mr Robaoua Mostofa

120,40 x 2

2/ Clovalin 1g (S)

15 x 3/jr

30,100  
2/ Prospan Sinep Sans Sucre  
1 ca's x 3/jr (S)

137,100

3/ Bacibac fnt  
1 gél jr (S)

407,180

PHARMACIE AL KHAAYAM  
Mme LAHMANI ANNA  
24 Bd. Soudi Ann Chok - CASABLANCA  
R.D. 19908 - G. 15.5 2200

PPV: 120,40 DH  
LOT: 585816  
PER: 09/20

RESPECTER LES DOSES  
PPV: 120,40 DH  
LOT: 590930  
PER: 10/20

x 8 jms

PPV  
30DH00

PPC: 137 DH 00

x 70 jms

Dr. Myriem BRICHA  
Pneumologue - Allergologue  
Angle bd El Qods et bd Dakhla, Rés. "Les Rosiers", Imm. 1, 4<sup>ème</sup> étage, n° 144, Aïn chock - Casablanca  
Tél.: 05 22 50 19 35 E-mail: dr.myriembricha@gmail.com

تقاطع شارع القدس و شارع الداخلة، إقامة "Les Rosiers"، عمارة رقم 1، الطابق 4، رقم 144، عين الشق، الدار البيضاء

Angle bd El Qods et bd Dakhla, Rés. "Les Rosiers", Imm. 1, 4<sup>ème</sup> étage, n° 144, Aïn chock - Casablanca

Tél.: 05 22 50 19 35 E-mail: dr.myriembricha@gmail.com