

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog 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° W19-512555

NB = 2022

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricle : 2761 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : TANAVI BOUCHIB

Date de naissance : 10.01.1955

Adresse : COOP ECH ABAB N° 14 BERRCHID

Tél. : 062770362 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. SAID RHUMA

Date de consultation : 16.1.132

Nom et prénom du malade : TANAVI WIA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : fracture de l'ictus

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16/11/20	✓		300 N	INP : 09118724 Dr. Saïd PHILIPPE OGUE 26.01.2022.26.68.78

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Medecine et Pharmacie Santé et Santé Monsieur Riahi A coté du Stade Sportif J. Bernier	16/01/20	128,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
<b>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<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></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</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></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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)

**Rhumatalogue**

Ma... des Os, Articulations, Muscles et  
Colonnes vertébrales  
Radiologie Osseuse

LOT: 0070  
PER: FEV 2021  
PPV: 14 DH 50



لـدكتـور سـعـيد الرـاسـي  
لـختـصـاصـي  
خـريـج كلـيـة الـطبـ بـلـيـزـ مـوـرـتـ فـرـنـساـ  
طـبـيـبـ مـعـهـيـ سـابـقـ مـسـتـقـبـلـاتـ فـرـنـساـ  
لـسـنـاـبـ الـمـدـرـسـةـ الـلـلـيـاـ

لـلـتـرـيـفـ الـطـبـيـ  
لـسـرـلـاضـ الـرـوـمـاتـيـزـ  
لـمـفـيـمـ الـفـاـصـلـ،ـ الـعـضـلـاتـ  
لـلـمـدـرـدـ الـفـقـرـيـ وـ الـرـجـلـ  
لـلـفـصـنـ بـالـشـعـرـةـ

Casablanca, le 16/11/20

64,60 TAZANAN 1 WIBA  
- vitamin 100 100 1/2 20 ₦  
52,60 prozol 20 200 1/2 20 ₦  
14,60 panadol 200 1/2 20 ₦

T. 128,80

PPV: 61DH50  
PER: 09/22  
LOT: 12044



Dr. Said RAMY  
RHUMATOLOGUE  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél: 0522.26.68.78

GSM : 0661 42 78 23

زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقق 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

*Blc*