

## 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.

Nº W21-603150

Dos n°  
63393

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10918</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <b>MOHAMED BENSAÏD</b>			
Date de naissance : <b>11/09/1974</b>			
Adresse : <b>16, RUE 21 AOÛT, MERSSOUIAN, CASABLANCA</b>			
Téléphone : <b>069284326</b>	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNIDP Nº : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
DR SAID RAMI RHUMATOLOGISTE 39, Rue Omar Sloui Casablanca 20000	
Date de consultation : <b>16/3/26</b>	Nom et prénom du malade : <b>A. BOUAFIA SSA</b>
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant	Né(e) : <b>NE</b>
Nature de la maladie : <b>NE</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>LA DOUANE</b>	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **16/03/2021**

### 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
16/03/2021	5		300	INP : Said RAMY Dr Said RAMY ORTHOPHYSIATROLOGUE Centre de Santé Casablanca Tél: 0522 794 8784

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.03.2021	388,30
Pharmacie LAMOURIERE 33, Rue Tarabout Casablanca Tél: 0522 779456		

### ANALYSES - RADIOPHARMACIE

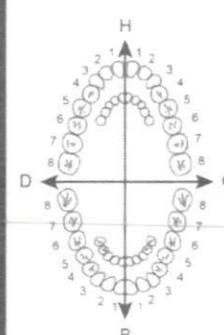
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

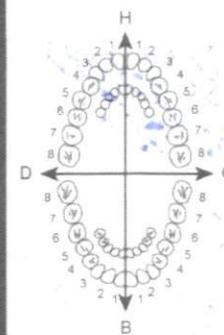
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	16/03/2021					200,00 DH
151, Rue Oussama Ben Zaid Etg. 2 Cité Gauche N° G Q. Maârif Casa [A] Tél.: 07 70 13 30 22 - Fax : 05 20 86 54 43						

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et

Colonies vertébrales

Radiologie Osseuse



**الدكتور سعيد الرايسي**  
**(اختصاصي**

خريج كلية الطب بالبلجيكي فرارات فرنسا

طبيب معلن سابقاً بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة العليا

للترويض للطبي

**أمراض الروماتيزم**

العظام (المفاصل، المضادات

المياه النقدي والرجل

الشخص بالأشعة

Casablanca, le 16/3/2021

N° Benfisat RADOUAN

84,80

- frémim :

1.5

sup le rein au milie

96,00

du repas

20 ₣

- prost 20

1.5

gel

20 ₣

14,50x4

- pamodol

1.5

sup a l'etm

me.50

- cimentri :

1.5

20 ₣

1mns

388,30

Dr Saïd RAMY  
RHEUMATOLOGUE  
9, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 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

**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**

Maladie des Os, Articulations, Muscles et  
Colonnes vertébrales  
Radiologie Osseuse



**الدكتور سعيد للراسي**  
**(خاصي**

خريج كلية الطب ببلجيكو فرنسا

طبيب معلن سابقًا بمستشفيات فرنسا

أستاذ بالجامعة العليا

للتربيتين الطبي

**لأمراض الروماتيزم**

لعمان العاصل، العضلات

للمبرد المفري و الرجل

للمعصم بالأشعة

Casablanca, le .....

16/03/21

Q'GENAISSE

RADOURA

- Collier de mortier

Cervical rigide et

une hantere réglable.

200,000 DH

FAST PHARMA SAÏD  
151, Rue Oussama Benyamin Zeroual  
Cité Gauche n°G1 - Maroc Casablanca  
Tel.: 07 70 33 36 21 - 05 20 86 54 33

AL

Dr Saïd RAMY  
RHUMATOLOGUE  
39, Rue Omar Slaoui Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 26 68 78

GSM : 0661 42 78 23

زنقة عمر السلاوي الطابق الثاني رقم 6 المركز التجاري ترقيف 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



*Client* Me Benaissa radouane  
*Adresse*

Date 16/03/2021  
facture N° 1392

22

38 Centre Commercial Taoufik - Angle Omar Slaoui / Alial el fassi - CASABLANCA  
Tel : 05 20865443 / Mobile : 0771008939  
**R.C : 464019 I.F : 45741298 ICE : 002524036000027**  
ice:000188734000077