

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042247

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2373

Société : RAM 65721

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HANI Fatima

Date de naissance : 17-51

Adresse : 178, Hay Akhadi Bouhertoung

Tél. : 266191927

Total des frais engagés : 958,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rahim KADA  
Docteur Spécialiste en O.R.L.  
10, Rue Jbel Moussa, Appt. N°3  
1er Etage, Agdal - Rabat  
Tél. : 96 37 67 13 45

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HANI FATIMA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Consultation ORL, Mite

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 : 21-04-21

Le : 21 / 04 / 21

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
29/11/2021	C.S.		3000	<b>Dr. Rahim KAD</b> Docteur Spécialiste en O.R.L. 10, Rue Jher Mousse, Apt. N°3 1er Etage, Agdal, Rabat Tel.: 05 37 67 13 45
2021	B.C.	K10	3000	
	ODS			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DU CONSEIL</b> <b>Dr. Youssef KARIM</b> Pharmacien Titulaire 33, Lot Masbour, Témara Tél/Fax: 05 37 74 11 63	29/11/2021	35875

# 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 canalaux, 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														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel

de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale

Médecin Expert en Médecine Aérospatiale

AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

## الدكتور رحيم كادة

طبيب اختصاصي سابقا

بالمستشفى العسكري بالرباط  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
الاذن والأنف والحنجرة والعنق

أطفال - كبار

**ORL**

Rabat le : 29 / 01 / 2021 الرباط في

Nom du patient : Fatima EL HANER

TOT :  
PER : 22,70  
PPV :

1. Fucidine crème pour la peau  
39,70 1 Aff de la x 7 pr

2. Barycure 009  
22,70 1 Aff de la x 10 pr  
pour l'œil à la dose

3. Clam lu 18  
12,40 x 2 psch 3/1 x 08 pr

4. San frame  
16,30 2 psch 3 x

5. Budoliber  
39,20 1 psch 1/1 x

358,70

**Fucidine® 2%**  
crème Tube de 15g  
39,70

39,20

16,30

PHARMACIE DU CONSEIL  
Dr. Yousser LAHLOU  
Pharmacien  
35, Bd Masrour, Témara  
Tél : 05 37 74 11 63

Dr. R.  
Docteur Sp  
10, Rue Jb  
Tél.

10, Rue Jbel Moussa, App. 3 - Agdal - 10080 - Rabat

Tél : 05 37 67 13 45

Tél : 05 37 67 13 48

prendre  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم  
اقرأوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 120,40 DH  
LOT: 644491  
PER: 12/21



notice avant emploi.  
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...  
اقرأوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 120,40 DH  
LOT: 614273  
PER: 06/21





# Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel  
de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
Médecin Expert en Médecine Aérospatiale  
AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII



# الدكتور رحيم قادة

طبيب اختصاصي سابقا  
بالمستشفى العسكري بالرباط  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن والأنف والحنجرة والعنق  
أطفال - كبار

Rabat le : 29-1-2021 الرباط في

Nom du patient : EL HANI FATIMA .

Facture -

Abolition de Bouches d'oreilles  
ODG : 300 1/2

Dr. Rahim KADA  
Docteur Spécialiste en O.R.L.  
10. Rue Jbel Moussa, Appt. N°3  
1er Etage. Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 67 13 45

10, Rue Jbel Moussa, Appt. 3 - Agdal - 10080 - Rabat 10, زنفة جبل موسى شقة 3، 10080 - الرباط

Tél : 05 37 67 13 45

الهاتف : 05 37 67 13 45

Fax: 05 37 67 13 48

الفاكس : 05 37 67 13 48