

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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
- 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](http://www.mupras.com)

85356

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014057

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7082**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**FARES TAOUFIK** Date de naissance : **07.02.1958**

Adresse :

**Res. chabab zone D im. 13 N° 3 Ain Bebas casa**

Tél. :

**06 68 38 55 26** Total des frais engagés : **1145,90** Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :

الدكتور عبد اللطيف رويفس  
Dr. Abdellatif ROUAYED  
PNEUMO ORGUE  
rue 15 All. 1 - Casablanca  
05 22 20 45 45

Date de consultation :

**11 SEP. 2021**

Nom et prénom du malade :

**Elme Ait H. Moussadine Atika** Age : **46ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Affection**

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 : **Casablanca**

Signature de l'adhérent(e) :

Le **21/09/2021**



### 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
11 SEP. 2008	C5	1	250,00	Dr. Abdellatif ROUAYED PNEUMOLOGUE 6, rue 55, Avenue Habib Bourguiba Bermoussi. Tel: 0522 73 44 12

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANNAQUE Chabab GOURA Anseba 05 22 73 74 12	11/09/2008	895,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

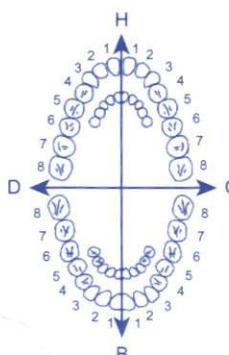
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
D	00000000	00000000		
B	00000000	00000000		
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



[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

# DOCTEUR Abdellatif ROUAYED

Spécialiste en Pneumo-phtisiologie

Diplômé de l'Université de Paris

Asthme - Tuberculose et Allergies

Respiratoires

Radiographie - Endoscopie - E.F.R



الدكتور عبد اللطيف رويدع

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

خريج جامعة باريس

الضيق و الحساسية - داء السل

فحص بالأشعة - فحص بالمنضار

فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 11.09.2021 الدار البيضاء في :

Mme AIT LHOUSSAINE Atika

## 1 FOSTER NEXTHAHALER POUDRE

1 bouffée 2x / jour

Rincer la bouche après

## 2 REXABAN 20MG : B/28

- 1 cp / jour après repas

## 3 EXOMUC SACHET

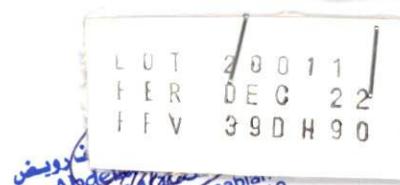
-1 sachet trois fois par jour ,après repas.

070.00

## 4 MANEF 300 CP EFFERV. BOITE DE 30 CP

-1 cp par jour le soir

495.00



6 زنقة 55 أمل 4 سيدى البرنوصي الدار البيضاء الهاتف : 05 22 73 44 12

6 Rue 55 - Amal 4 - Bernoussi - casablanca - Tél : 05 22 73 44 12 - INPE : 09 112 10 12