

**COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

Une entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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
- 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.



**Déclaration de Maladie**

N° M21- 068212

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9754 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre : 86408

Nom & Prénom : TAMER SAID

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : TAMER SAID Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

Autorisation CNBP N° : AA-215 / 2019

Dir. AMBASSADE ALGERIE  
Président de la Commission  
Régionale de l'ARC  
Tél. 021 22 22 78 18

**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
28.09.21	S		250DH	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/21	550,50

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/09/21	Rythme	150DH

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques  
Asthme, Rhinite, Tuberculose



Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef

الدكتورورة أمحرفني سحنف سعبرة

اختصاصفة  
فف أمراض الجهاز التنفسف  
الصففة ، داء السل

كبار وأطفال

ة بالمستشفف الجامعف ابن رشد  
نشفف مولاف فوسف

Casablanca, le

28 09 2021

الدار البفضاء، فف

MR AMER SAID

V/HME

65,00

1) Omapos deux

3 flmatur afaf x

65,00

55,00

2) Dilabon

2 boiff x 5/1 x

2-4 boiff x 2

291,00

3) Foster

2 boiff x 2/1 x

139,50

4) rovanac 50

T 2550,50 4 flmatur

LOT: K000183  
PER: 05/2023  
PPV: 55 DH 00

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-phtisiologue et Allergop  
Résidence Firdaous, Gr  
R.P.C - Casablanca  
Tél: 05 22 89 02 02

Foster 100/6µg, solution pour  
inhalation en flacon pressurisé  
Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem  
PPV : 291DH00

# Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques  
Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Ronflement et Apnées du Sommeil

**Adultes et Enfants**

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة حمزوني سعيبة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

**كبار وأطفال**

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le 28 09 2021 في الدار البيضاء،

M<sup>r</sup>. TAMER SAID

**FACTURE**

Consultation : 250 DM

Radio Thorax : 150 DM

EF Resp : /

Tests Cutanés : /

Total : 400 DM

AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-phtisiologue et Allergologue  
Résidence FIRDIAOUS, G428A  
RDC - CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 02 02

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue  
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Bilan Allergologique  
et explorations respiratoires

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



اختصاصية  
فأمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل  
تحليلات الحساسية والتنفس

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le :

28-09-2021

Nom & Prénom :

MR. TAMER SAÏD

## TELETHORAX

### Interprétation :

- opa cété au bord de  
basse gauche  
- mouvement plus  
côté de la gauche.  
à recontrôler au tt

Honoraires : Z12

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-phtisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 02 02

شارع أم الربيع - إقامة الفردوس - مجموعة هـ 25 أ - الطابق السفلي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 02 02  
Boulevard Oum Rabii, Résidence FIRDAOUS, Groupe H 25 A, Rez de chaussée - Casablanca - Tél.: 05 22 89 02 02