

# 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.

## Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0004936

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **96408** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1856** Société : **RAM**  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **RETRAITE**  
Nom & Prénom : **SLAOUI KHANATA**  
Date de naissance : **1956**  
Adresse : **50 lot KHARFAOU Oujda**  
Tél : **0611820500** Total des frais engagés : **300,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Hassan RAMDANI**  
**Gynécologue - Obstétricien**  
**5, rue Chefchaouen (Imm. Benkachou)**  
**Appt. N° 2 - Oujda - Tél: 05 36 70 52 6**  
Date de consultation : **18/11/21**  
Nom et prénom du malade : **SLAOUI KHANATA** Age : **65**  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **Algue pelvienne**  
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 : **Oujda** Le : **18/11/21**  
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
28/11/21	CS	1	30000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### 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 canaux, ainsi que le bilan de

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		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H			25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		
H													
25533412 00000000		21433552 00000000											
D	G												
00000000 35533411	00000000 11433553												
B													
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**Dr. Hassan RAMDANI**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Spécialiste C.E.S en Gynécologie - Accouchements

Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie Opératoire

Hystérocopie Diagnostique et Opératoire

Diplômé d'Echographie Gynéco-Obstétricale et Mammaire

Stérilité

Sur rendez-vous

Oujda, le :

10/11/21

**الدكتور حسن الرمضاني**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

جراحة النساء - الفحص بالصدى

الجراحة الباطنية - أمراض العقم

بالموعد

وجدة، في:

Mme - BELCHACHE

KHANAL 9

Facture

consultation

300 dh

الدكتور حسن الرمضاني  
**Dr. Hassan RAMDANI**  
Gynécologue - Obstétricien  
5, rue Chefchaouen (Imm. Benkachour) Appt. N°2 - Oujda - Tél: 05 36 70 52 00

5, زنقة شفشاون (عمارة بنقاشور) شقة رقم 2 - وجدة - الهاتف : 05 36 70 52 00

5, rue Chefchaouen (Imm. Benkachour) Appt. N°2 - Oujda. Tél.: 05 36 70 52 00

— En cas d'urgence, contacter la Clinique Isly —



# CABINET DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

**Dr. Hassan RAMDANI**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Spécialiste C.E.S en Gynécologie - Accouchements  
Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie Opératoire  
Hystéroscopie Diagnostique et Opératoire  
Diplômé d'Echographie Gynéco-Obstétricale et Mammaire  
Stérilité

**Sur rendez-vous**



**الدكتور حسن الرضائي**

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض النساء والولادة  
جراحة النساء - الفحص بالصدى  
الجراحة الباطنية  
أمراض العقم  
بالموعد

وجدة، في: 18/11/21  
Oujda, le :

Nom et Prénom : BELGHAIE KHADAT

DERMASEPT M  
DOS SANTOS

35 jours / semaine u 1 seul

OSTEOCART - fus -

Ce Roxelme 200 19U  
192x145

5, زنقة شفشاون (ساحة بنكاشور) شقة رقم 2 - وجدة - الهاتف : 05 36 70 52 00

5, rue Chefchaouen (Imm. Benkachour) Appt. N°2 - OUJDA. Tél.: 05 36 70 52 00

En cas d'urgence, contacter la Clinique Isly