

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-558427

98131

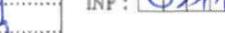
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11680</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>RIDA REDOUANE</b>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <b>29-12-1975</b>			
Adresse : <b>Rte 109 Km 16 Boueskoura Casab.</b>			
Tél. : <b>0674 268978</b>		Total des frais engagés : <b>279,7</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>01/10/2021</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Azahal Nekha</b> Age: _____			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Atheros + Verte + Cervicales</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Le malade a été victime d'un accident de la circulation le 30/09/2021 à Casablanca.</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 : **CASA**      Le : **01/10/2021**  
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie      N° W19-558427	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <b>11680</b>	
Nom de l'adhérent(e) : <b>RIDA</b>	
Total des frais engagés : <b>279,7</b>	
Date de dépôt : <b>30-12-21</b>	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
01/10/2011		1	150.-	INP : 011141284 Signature :  Annonce TPE 05/05/2011

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien Km.16, route Secondaire 109, Djerba Beuskoura-Gsa - Tel 0522321516 INPI 09206900000104334	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE J. C. GOURIER</i>	<i>ed</i> <i>20</i> <i>20</i>	<i>129,70</i>

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

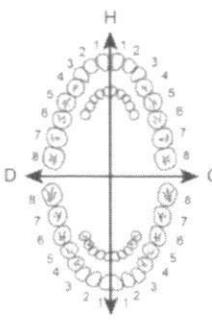
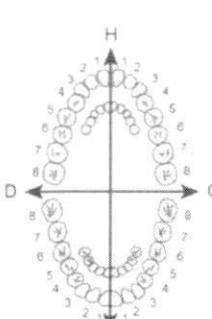
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<p><b>H</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td> </td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>D</b>                                    <b>G</b></p> <p><b>B</b></p>			25533412		21433552	00000000		00000000	<hr/>			00000000		00000000	35533411		11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412		21433552																	
00000000		00000000																	
<hr/>																			
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>L</b>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

**Docteur**  
**Fatima zahra RAGBAOUI**

- Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Ancien médecin interne à l'hôpital de Mohamed 5 Casablanca
- Diplômée de la faculté de médecine de casablanca en Diabétologie
- Médecin agréé pour délivrer des certificats médicaux afin de obtenir les permis de conduire

**دكتورة الزهراء ركباوي**

- خريجة كلية الطب و المساعدة بالدار البيضاء

- طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد الخامس بالدار البيضاء

- حاصلة على دبلوم داء السكري بكلية الدار البيضاء

- طبيبة مرخصة لدى وزارة الصحة من أجل اصدار شواهد طبية

- للحصول على رخصة السيارة



Général - Électrocardiogramme (ECG)

Casablanca le:

Dr. Farida Ragbaoui  
Médicin  
Andalous III GH 11 Résidence Jasmine Immeuble 3 Appt 5 Bouskoura Province Nouaceur  
GSM : 07 66 35 77 74 - Fix : 05 22 59 09 59 - Email: cabinet.fragbaoui@gmail.com

الطبع العام - الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب  
الدار البيضاء في:

## Ordonnance

A zahar Nejha

55,10  
→ Dose goutte

40 gouttes

37,30 x 2

موري زمامنة  
PHARMACIE ZEMMAMA  
Km.16,Route Secondaire 109,Douar Zemama  
Bouskoura-Casa-Tél : 0522 32 03 01  
INPE 092069327-ICE : 00194336000088



02 mai

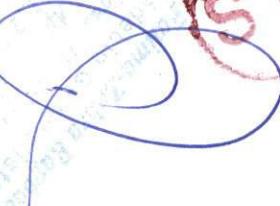
Done à Casablanca  
2016



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 647647  
Barcode: 6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 37,30 DH  
ID: 647647  
Barcode: 6 118001 141364

موري زمامنة  
PHARMACIE ZEMMAMA  
Km.16,Route Secondaire 109,Douar Fokra  
Bouskoura-Casa-Tél : 0522 32 03 01  
INPE 092069327-ICE : 00194336000088



تجزئة ديار الاندلس III إقامة جاسمين عمارة 3 شقة 5 بوسكورة - عمالة النواصر

Andalous III GH 11 Résidence jasmine Immeuble 3 Appt 5 Bouskoura Province Nouaceur  
GSM : 07 66 35 77 74 - Fix : 05 22 59 09 59 - Email: cabinet.fragbaoui@gmail.com