

# 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.

## rmacie :

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.

## cique :

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A GOURIDRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Hamboula

Tél. : 05 22 49 32 22

Total des frais engagés : 437,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. Rachid SAIR*  
MEDECIN  
73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage  
(en dessus BMCE) Bounazel - Casablanca  
Tél : 05 22 72 42 42

Date de consultation : 31/Janv/2022

Nom et prénom du malade : *ABDERRAHMANE BEN* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Déshydratation*

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*

Le : 23 FEV 2022

Signature de l'adhérent(e) : *ABDERRAHMANE BEN*



## 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
31 Janv 2022			5000	<p><i>Dr. Rachid SAIR</i> <i>MEDECIN</i></p> <p>73, Av. Colonel Akid Allam 1er étage (au dessus BMCE) Bousnazel - Casablanca</p> <p>Tél : 05 22 72 42 42</p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/11/22	437,42

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**DR . RACHID SAIR**  
MEDECIN

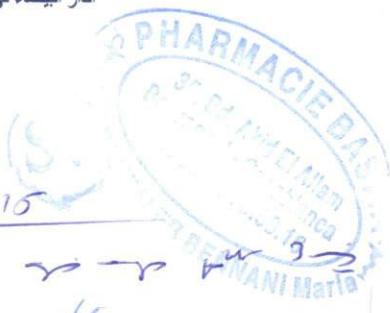


- Diplôme universitaire de Diabetologie
- université de Montpellier France
- Diplôme en soins avancés en cardiologie
- université de montréal-Canada
- Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC)
- Echographie -ECG

**الدكتور رشيد ساير**  
طبيب

- دبلوم جامعي في أمراض السكري
- جامعة مونبولي - فرنسا
- دبلوم رعاية صحية متقدمة لأمراض القلب
- جامعة مونتريال - كندا
- ارتفاع الضغط الدموي - أمراض القلب والشرايين
- طبيب مجاز من طرف المجلس الطبي الكندي
- الفحص بالصدى - التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca le : 31 Janv 2022 الدار البيضاء في



النحوتة ٣٩٥٠٠  
٣٩٥٠٠  
T = ٤٣٧٤٥

**Dr. Rachid SAIR**  
MEDECIN  
73, AV. Colonel Akid Allam 1er étage  
(en dessus BMCE) Boumazel - Casablanca  
Tél : 05 22 72 42 42

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

  
6 118001 031092  
**GALVUS MET® 50 mg/1000 mg**   
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : *SAIDOU NY RACHIDA*

Matricule : *10503*      Nº CIN : *85561*

Adresse : *Habituelle*

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : *DR SAIDOU SAIR*      Spécialité : *Diabetologue*

Nº ICE :      Nº INPE : *INPE:091224717*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *SAIDOU NY RACHIDA*

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

### Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*- Diabète de type 2  
- glycémie 213 mg/dl*

### Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : *Glucophage 1000 mg 1-1-0  
Glyburide 10 mg 1-0-1*

### Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : *casab* le *14 Fevr 2022*

### Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. Rachid SAIR**

**MEDECIN**

73, Av. Colonel Alkia Allam 1er étage  
(en-dessous BMCE) Bounazel - Casablanca  
Tél : 05 22 72 42 42

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées