

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-545095

110010

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07708 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL HOUARI ABDOU D H

Date de naissance : 01.08.1955

Adresse : 100, 20 EL SAOUD LA SO

Tél. : 0664 193090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément de dossier

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 : 14/03/2022 Le : 31/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

[illegible][illegible]

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

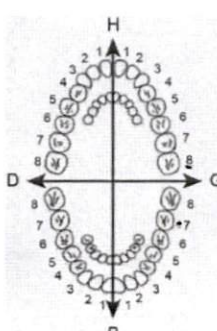
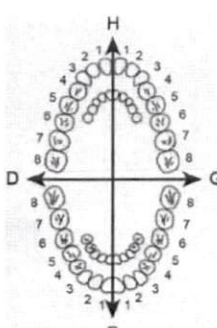
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

description des actes effectués

وصف العمليات الجراحة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
27/10/21	G			3000	

CD4-10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحصاء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصاء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفقوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/10/21	299,10	Pharmacie Hind Docteur en Pharmacie 400 - Route d'El Jadida CASABLANCA Tél: 022.02.22.77 - Fax: 022.02.22.75
20-12-2021	4000,-	OPTIQUE GHITA Opticien Optométriste Iakam 1, Bd. Ibn Tachine N° 452 - Casablanca MOUSSAOUI Abdssamad INPE: 095012357

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Docteur Nacer TAZI

Ophthalmologiste



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

Casablanca, le mercredi 27 octobre 2021

Madame Rajae SEKKAT

Verres et monture :

Progressifs

Œil droit : ($6^\circ -0.50$) -0.25 , Addition $+2.50$

Œil gauche : ($165^\circ -1.00$) $+0.50$, Addition $+2.50$

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
10kam 1, Bd. Ibn Tachfine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 22 22 18

96, Bd d'Anfa N°31 Casablanca - Tél.: 05.22.22.22.18

Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون



RIMAPHARM

PVC

65,00 D

Oxyal®+oxyd®

10 ml

2023-01

271

0483

6, D-70191

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

117

Casablanca, le mercredi 27 octobre 2021

Madame SEKKAT Ra

Dans les 2 yeux :

65.00

OXYAL

1 GOUTTE, 4 fois par jour à la demande et en cas de g

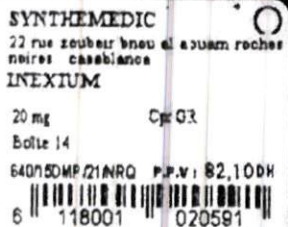
2x89.10

INEXIUM

1 gel par jour



Pharmacie MIMOSA
Hind LAKH
Docteur Nacer TAZI
400, Bd d'Anfa
Tél: 022.22.22.18



96, Bd d'Anfa N°3

05.22.22.22.18

OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Brfo Tachfine Hakam 1

N°454 - EL Hay Mohammadi - casa

Tél : 06 69 00 97 58

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



02315

نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين ح كم 1

الرقم 454 - الحى المحمدي

الهاتف 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

INPE:095012357

Ordonnance de M.le Docteur : NACER TAZI

N° DE nomenclature	
Correspondant à la prescription	
LOIN	PRES
O.D: <u>+2.5 (-0.40 - 6.5)</u>	O.D: <u>ADD</u>
O.G: <u>+0.40 (-1.00 - 16.5)</u>	O.G: <u>2.50 0D</u>

FOURNITURE

Monture: Nétley z ophg 1300,- 1300,-

Verres: progressif symétrique 1750,- 2700,-
anti-lumière bleue

Etuils:

Total: 4000,-

Gratia mille dl

Arrêtée la présente facture à la somme de

Csablanca, le 20-12-2021

M. ou Mme: Rajal SEHKAT

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Bd Youssef Brfo Tachfine Hakam 1
N° 454 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

ICE : 001789511000067- IF : 40151582 - RG : 37 20 42 CNSS: 173923031

Royaume du Maroc



Date d'édition : 22/12/2021 11:51:28

MME SEKKAT RAJAE

RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

71541954

Date et heure : 22/12/2021 11:53

Nom et prénom Assuré :

SEKKAT RAJAE

Immatriculation :

93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SEKKAT RAJAE

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams :

4 529,20

Nombre de pièces :

6

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE188

Nom Etablissement :