

## 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 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.



116533

## Déclaration de Maladie : N° S19-0002948

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12350 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Ben Houda Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0662 765 884 Total des frais engagés : #310,10# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. FICHTALI Karima  
Professeur A  
Gynécologie Obstétrique  
Casablanca

Date de consultation : 06/04/2022  
Nom et prénom du malade : Zengouai Maïa Age :  
Lié de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : CS Gynécologique  
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 : CASABANCA Le : 06/05/22  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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



### 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                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/04/22        |                   |                       |                                 | Dr. FICHTALI Karima<br>Professeur A<br>Gynécologie - Obstétrique<br>- Casablanca |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 06/04/22 | 310,10                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | 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 :**

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 |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
|------------------------------|--|------------------|-------------|--|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|--|
|                              |  |                  |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H                            | H  |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
| 25533412                     | 21433552   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
| D                            | G  |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
| 35533411                     | 11433553   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |  |
| B                            | 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



## Ordonnance

Casablanca le 6/04/2022

Madame Mariam ZENGAOUI

Lot N° : FL06

Exp : 07/2024

PPC : 125,50 DH

PPV: 87DH00  
PER: 02-24  
LOT: L498

PPV: 87DH00  
PER: 02-24  
LOT: L498

1. **MAXICLAV 1 g SACHETS :**  
1 sachet x 3 par jour pendant 7 jours

2. **DOLOSTOP 1g cp:**  
1 cp x 3 par jour si douleur

3. **FERLIPO gélules:**  
1 gélule / jour pendant 1 mois

**PR FICHTALI**

Pr. Karima FICHTALI  
Professeur Agrégée  
Gynécologie-Obstétrique