

# 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.

## 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 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- 0060106

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Rholam Rita  
 Date de naissance : 01 07 1974  
 Adresse : Terrasses de Bouskousa imm 10 apt 1  
 ville verte  
 Tél. : 06 61 33 42 17 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 08 / 04 / 2022  
 Nom et prénom du malade : RHALAM Rita Age : 48 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Rhumatologique  
 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 : 08 / 04 / 2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

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                                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 08/04/22        | CS                |                       | 300,00                          | DR. CHAHOU Naima<br>Rhumatologue, 1er Étage<br>Face Andalouss, Tel: 0522 95 14 38 - Casablanca |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| DR. CHAHOU Naima<br>Rhumatologue, 1er Étage<br>Face Andalouss, Tel: 0522 95 14 38 - Casablanca | 08/04/22 | 128,00                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

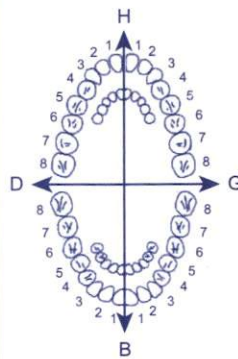
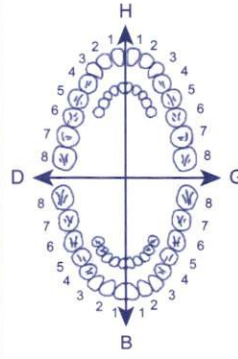
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez 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 |   |  |
|---|--|------------------|-------------|---|--|
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D   G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |
|   |  |                  |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Chahidi Naima



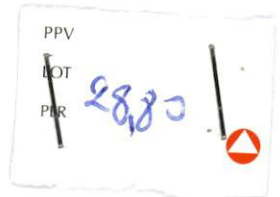
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des maladies des os, articulation  
et colonne vertébrale  
Ancienne interne des Hopitaux de Paris  
Pathologies rachidiennes (Paris)  
Maladies rhumatismales (Lille)  
Biothérapie  
Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدي

أخصائية في أمراض العظام  
و المفاصل و الروماتيزم  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس  
أمراض العمود الفقري (باريس)  
أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)  
العلاج بالأدوية البيولوجية  
هشاشة العظام

Le 08/04/22

Mme RHOLAM Rita



④ ACETHIO

1 - 1 - 1 x 2i

96.80 @ Vitaminol Fort



1 - 1 - 1 x 01uri

③ Art'flex Roll-on

2 massage x 2i x 10i

④ DuoFLEX

10i x 01uri



49,60 x 2

⑤ De Cure Forte (2 boites)

128.80 01 Ampoule / 15 (1ère boîte)

02 Ampoule / 2uri (2e boîte)

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalouse, 1<sup>er</sup> étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com