

# 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° M21- 0059855

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SHAMI Fatima  
Date de naissance : 01-01-1958  
Adresse : P. Samar, Angle IBRAHIM KALAKIS, Bd. Bourgogne  
N° 130 CASA  
Tél. : 0605804320 Total des frais engagés : 525,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. R. BEN WAHOUD BENQADDI  
152, Bd Bourgogne - 3ème Etg  
Casablanca  
Tél : 022 22 97 88  
Date de consultation : 28/04/2022  
Nom et prénom du malade : SHAMI Fatima Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : état grippal + Hémonide  
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 : CASA

Le 28/04/2022

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

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                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/04/22        | C                 | -                     | 150,00                          | Dr. RABY WAHOUD BENQADDI<br>Bourgogne - 3ème Etg<br>Casablanca<br>Tel: 022.22.97.69 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA VILLE<br>Mme DAOUDI<br>Bourgogne - 3ème Etg<br>Casablanca<br>Tel: 022.22.97.69 | 28/04/22 | 375,80                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

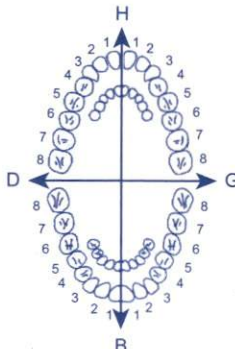
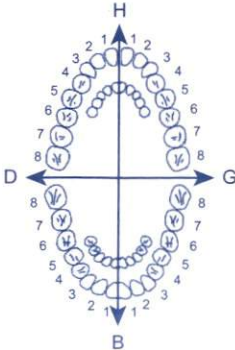
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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                              |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|---|--|----------------------|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
|    |  |                      |  | 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H  |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                      |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|   | D  | G                    |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|   | B  |                      |  |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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

NCE

PHARMED LOT : 2320  
UT. AV : 08-24  
PPV : 20DH00

Dr. R. BEN WAHOUD BENQADDI  
152, Bd Bourgogne - 3ème Etg  
Casablanca  
Tél : 022 22 97.88

Casablanca, Le 28/04/2022

Mme Shami Fakou

PHARMACIE DE L'AVENIR  
Mme DAUDI  
100, Bd Med El Meknassi Bourgogne  
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31

PHARMED LOT : 4421  
UT. AV : 10-24  
PPV : 20DH00

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 15DH70  
LOT : 21E027  
PER : 08 2023  
6 118000 060901

22,00 x 2



10) Felbe n° = 2

1 valuel x 2

15,70

20)



20) plexel

35,30 x 2

1 us S x 2

30)



30) Soufex 400 n° = 2

122,70

1 up x 2



40) Dafflon 100

122,80

1 up x 2



10) Star 400

375,80

1 up le non

122,70

122,80

LOT 20004  
PER 01/22  
PPV 122DH80