

# 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

M22- 0011059

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : AZEM MOHAMED  
Date de naissance : 1947  
Adresse : 44 rue 18 Janila 5 CD CASABLANCA  
Tél. : 0661627262 Total des frais engagés : 1683 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 15/06/2022  
Nom et prénom du malade : AZEM MOHAMED Age : 75  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection neurologique  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles


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

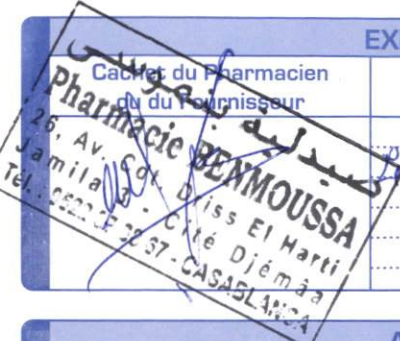
MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# 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
15/06/2022	cs		3.000 DHS	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/2022	1383.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

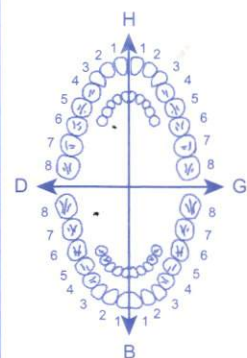
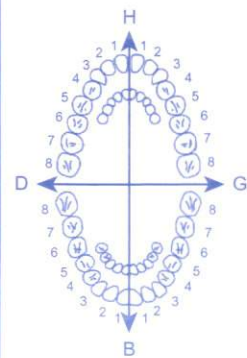
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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

# Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Vidéo Electroencéphalogramme «EEG»

Electroneuromyogramme «EMG»



## الدكتورة الراجي لمياء

إختصاصية في أمراض الدماغ و الأعصاب  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Handwritten notes and calculations:

- Azem
- Marto par 2 (S.V.)
- 89400 l/rup (S.V.)
- Aspirine 100 (S.V.)
- 19620
- Novel (S.V.)
- 23280
- 138300
- (2180 x 9)
- (9760 x 3)
- (2180)

صيدلية بنموسى  
Pharmacie BENMOUSSA  
26, Av. Cdt. Driss El Harti  
Jamila 3 - Cité Djémâa  
Tél. 05 22 49 25 55 - 06 60 11 11 50

صيدلية بنموسى  
Pharmacie BENMOUSSA  
26, Av. Cdt. Driss El Harti  
Jamila 3 - Cité Djémâa  
Tél. 05 22 49 25 55 - 06 60 11 11 50

DR. RAJI Lamia  
NEUROLOGUE  
Explorations Fonctionnelles EEG-EMG  
119 Bd. Abdelmoumen - Tél : 05 22 49 25 55



Distribué par Roche S.A. ○  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivorie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A. ○  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivorie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



Distribué par Roche S.A. ○  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivorie 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



97,60

97,60

97,60

LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E005  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E003  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80



LOT : 21E003  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V. : 21DH80

