

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-547597

425421

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

2069

Société :

RAM

Retraité

Abdessadeq

### Actif

### Pensionné

### Autre :

Nom & Prénom :

Mr SOUMMANE

Date de naissance :

01-01-1949

Adresse :

Tél. : 07 666 0 6789

Total des frais engagés :

120 + 250,30 = 370,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

الدكتور فاطمة  
Docteur EL KAÏCHI Fatiha  
N°1,Imm.A28 Résidence Addamane  
Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
INPE 091054296

Date de consultation :

25/07/2022

Nom et prénom du malade :

SOUMMANE Abdessadeq Age: 74 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diarrhée - Hémorroïdes - UG

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/07/2022

### RELEVE 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
25/07/22	C	C <sub>1</sub>	120.00	INP : 0910542916 الدكتور فاطمة Dr. EL KACCHI Fatiha N°1, Jem. A 28 Résidence Addarane Ain chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90

### EXECUTION DES ORDONNANCES

INPE: 091054296

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ALAOUI 576 AV. du 2 Mars Antalya 576 AV. du 2 Mars Antalya Tel. 05 22 50 11 90	25/07/22	25,03,0

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

IMODIUM 2MG GELULE

20 Gél

P.P.V : 30DH50

Le praticien est p  
6 118000 010845

Important :

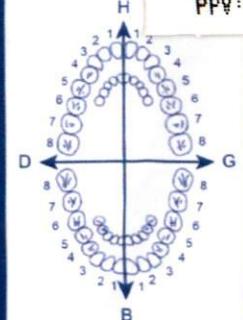
Veuillez joindre les radiographies en cas de

SOINS DEN

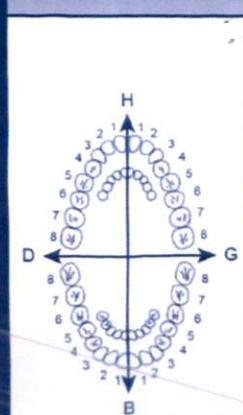
Titanoréïne à la lidocaïne 2% Crème

6 118000 080503

PPV : 16,00DH



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

gastrogel

Suspension flacon de 250 ml

P.P.V : 20,40 DH

AIRES

ant la natu

OEDES 20mg

28 gélules

6 118001 100088

PPV 99,00DH

ULTRA-LEVURE 250 mg.  
20 gélules

6 118001 310159

PPV 65,10 DH

MONTE  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Docteur Fatiha EL KAÏCHI  
Médecine générale

N° 1, Imm. À 28 Résidence ADDAMANE

Aïn Chock - Casablanca

Tél : 05 22 50 11 90

الدكتورة فتيحة القيشي  
الطب العام

رقم 1، عمارة 1، 28 إقامة الضمان (الضيق)

عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 50 11 90

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

Casablanca, le : 25/07/2022

M<sup>E</sup> SOUMMANE Abdessadeq

99,00

1) Oedex 20 mg

65,10 1 gélule 1<sup>er</sup> après le dîner x 28 J.

2) Ultra levure

30,50 1 gélule x 31 J. 1, jets aux 20 mn des repas.

3) Imodium

20,40 2 gélules la 1<sup>er</sup> prise puis 1 gélule x 31 J.

4) Gastrogel :

16,00 1 cas x 31 J. 1, jets.

5) Tétanoreine pomade

19,30 1 application x 21 J. 1 jet.

6) Tétanoreine suppositoires

250,30 1 suppo x 21 J. 1 jet.

HARMACIE 2<sup>me</sup> Mars  
Mme. EL ALAOUI Aicha  
575, Av. du 2 Mars Al Jadid  
Tél: 05 22 28.57.84 - Casablanca  
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane  
Tél: 05 22 50 11 90 NPE: 092000021

الدكتورة فتيحة القيشي  
Docteur EL KAÏCHI Fatiha  
N°1, Imm. A28 Résidence Addamane  
Aïn Chock-CASA-Tél: 05 22 50 11 90  
E-mail: fatihakaiichi@outlook.com