

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-708826

126917  
Autres



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RHOUFACHA Nomeddine

Date de naissance : 01/01/57

Adresse : CHERAMY DUY 77 APPS ATTADANOUYE

CCOLLA CASIL

Tél. : 06 74 732 292

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/08/2021

Nom et prénom du malade : RHOUFACHA Nomeddine

Age : 64

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 09/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/08/2021

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
09.08.21	S	2	200	INP : b91286A1K
				TALEB

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARAH SARLAU Lot Smitel 00000000 Casablanca Tunisie 1023031827	03/07/2021	3118,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

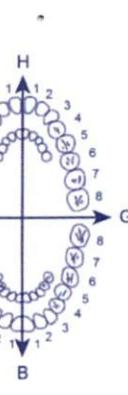
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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	INP : <input type="text"/>																				
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montants des soins <input type="text"/>																				
Début d'exécution <input type="text"/>				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
Determination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		G		00000000	35533411	00000000	11433553	B				Montants des soins <input type="text"/>
H		G																						
25533412	00000000	21433552	00000000																					
D		G																						
00000000	35533411	00000000	11433553																					
B																								
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				Date du devis <input type="text"/>																				
				Date de l'exécution <input type="text"/>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

4 x 261,00 Castor 20-3 (cp)  
4) Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH  
6 118001 183128 *Acpli*

Le se

**Bd Alkmia N° 6, Gz,  
Sidi Bernoussi, Casablanca**  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.P.V : 261,00 DH

3118,60

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QL,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 20mg cp pell b30  
P.I.V : 261,00 DH

ca  
b30  
128

✓ SARAH  
✓ A-J  
✓ Caspence  
✓ 052254007  
✓ TeleFax: 052254007  
✓

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Frestor 20mg cp pell b30  
F.P.V : 261,00 DH

Dr. Fatima Ezzahra  
TALEB EL HOUDA



د. فاطمة الزهراء  
طالب الهدى

SPÉCIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE,  
MALADIES MÉTABOLIQUES ET NUTRITION

إختصاصية في أمراض الغدد، داء السكري،  
أمراض الأيض والتغذية

Diplômée de la Faculté de Médecine, Casablanca.

Ancienne Interne au CHU Ibn R

AMAREL 2MG  
CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

AMAREL 2MG

CP B30

P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

LOT 21E004  
PER.: 11/2024

## ORDONNANCE MÉDICA

Dr Nacerddine Choufacha

4x60mg



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

Amarel 2mg (cp)

1cp/j

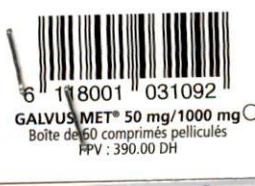
Casablanca Le : 05/08/24  
AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40

LOT 21E004  
PER.: 11/2024

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V : 60DH40

6 118000 060031

6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092  
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

2x136,50



Lot.:  
Exp.:  
PPV: 136DH50

216820  
08.2024

Lot.: 216820  
Exp.: 08.2024  
PPV: 136DH50

elhouda.taleb@gmail.com



N°48, 1er étage, Rue 2, Rond Point  
Chahdia,Oulfa, Casablanca