

## 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° W21-713956

122557

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11851 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : SAGI BAHIA

Date de naissance : 23 07 79

Adresse : 91 BOULEVARD 30ème AN N°6

Tél. : 0636814844

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OUP EL HAMID  
Neurologue  
61, Angle Michellon Oukaimden, N°1  
Agdal - Rabat - Tél. : 06 61 39 27 89  
INPE : 101107062

Date de consultation : 16/09/2022

Nom et prénom du malade : SAGI BAHIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

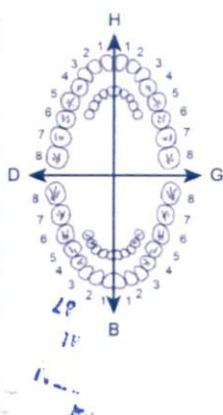
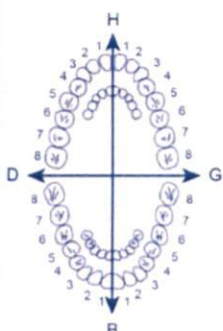
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
12/07/22	C		320.000.000	<div> <div>INP</div> <div> <div>01</div> <div>02</div> <div>03</div> <div>04</div> <div>05</div> <div>06</div> <div>07</div> <div>08</div> <div>09</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/7/22	168,50
	22/7/22	298,00

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> 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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="padding: 5px;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="padding: 5px;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="padding: 5px;">DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px;"></div> <div style="padding: 5px;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px;"></div>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                          25533412    21433552                          00000000    00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>                          00000000    00000000                          35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Hamid Ouhabi

Professeur de Neurologie

EEG - EMG - Potentiels évoqués  
Épilepsies - Troubles du sommeil  
Adultes et enfants



## الدكتور حميد وهابي

أستاذ في أمراض الدماغ و الجهاز العصبي  
التخطيط الكهربائي للدماغ و الأعصاب  
أمراض الصرع و إضطرابات النوم  
الكبار و الأطفال

22/07/2022

ASATI BAHITA

298.00

1/10/2022

202208

1/2 p a 9h - 1/2 p a 13h

1/2 p a 17h - 1/2 p a 22h

(30 min avant le repas)

21 Sigfol 9 167

148.50

37h mot

PHARMACIE LISBONNE NADIA  
SARL AU  
Mme. TAZI NADIA  
18, Rue Abdesslam Khatabi Casablanca  
Tel.: 0522 83 02 75 / 05 22 48 93 76

PHARMACIE MICHELLEEN  
2, Av. Michlifen, Agdal - Rabat  
Tel.: 0537 67 50 00

Dr. OUHABI Hamid  
Neurologue  
N° 1  
Tél: 061 39 27 89

61, زاوية شمسية, الطابق 1, الشقة 1, أكدال, الرباط  
61, Angle Michlifen et rue Oukhadi, Rabat  
Agdal, angle, appt. n°1, Agdal, Rabat.  
Tél : 0537.68.07.01 : الهاتف — E-mail : ouhabiha@hotmail.com : ب.إ.

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina

ADOPAR 200/50-100 comprimés

P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697



6 118001 040575

SIFROL 0,26 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 148 DH 50

300203-02