

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](http://www.mupras.com)

M22- N° 002110

147845

Optique

Autres

Maladie

Dental

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1778 Société : R.A.S.T. *complaint du dossier*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HILMI Mohamed

Date de naissance : 1945

Adresse : 67, lot. MARJANA  
SIDI KTAAROUF Casab

Tél. : 0661 41 7303 Total des frais engagés : 176,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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

Signature de l'adhérent(e) :



#### **BELEVE 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

PHARMACIE CHAMARTIN

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

~~ROUTE 3000 DOUAR RMAL L  
BOUKOURA - CASABLANCA  
TEL 05 22 32 01 92~~

Date

### **Montant de la Facture**

HARMACIE CHAIM  
S.A.R.L. A.U.

• • • • •

.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX						
				MONTANTS DES SOINS						
				DEBUT D'EXECUTION						
				FIN D'EXECUTION						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G									
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553									
D	B									
				MONTANTS DES SOINS						
				DATE DU DEVIS						
				DATE DE L'EXECUTION						

**Rhumatologue**

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses ( ostéoporose..)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض العظام و المفاصل

- أمراض الروماتيزم .
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة و ترقق العظام
- أمراض الغضروف
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- الشخص بالصدى
- التدخلات الطبية على المفاصل

**Nom : HILMI      Prénom : MOHAMED      Le : 25/01/2023**

**ORDONNANCE :**

89,5

1 - CUROGYL 200 UI

15 gouttes par jour

durée du traitement= 2 mois

S.V

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue  
الدكتورة أسمح سمية  
أخصائية في أمراض العظام و المفاصل و المفاصل  
Soulaine immeuble A appartement 11, 2ème étage  
Bd aboubakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 78 00 62

- Maladies rhumatismales
- Pathologies rachidiennes
- Pathologies osseuses (ostéoporose)
- Arthrose
- Biothérapie
- Echographie ostéoarticulaire
- Rhumatologie interventionnelle

87,30

Curogyl® D3



8,00

5522

20643

/2025

Lot :  
A consommer de  
préférence avant le :  
PPC : 89,50 DH

## Ordonnance

Nom : HILMI

Prénom : MOHAMED

Le : 19/01/2023

### ORDONNANCE :

#### 1 - DÉRMOFIX POMMADÉ

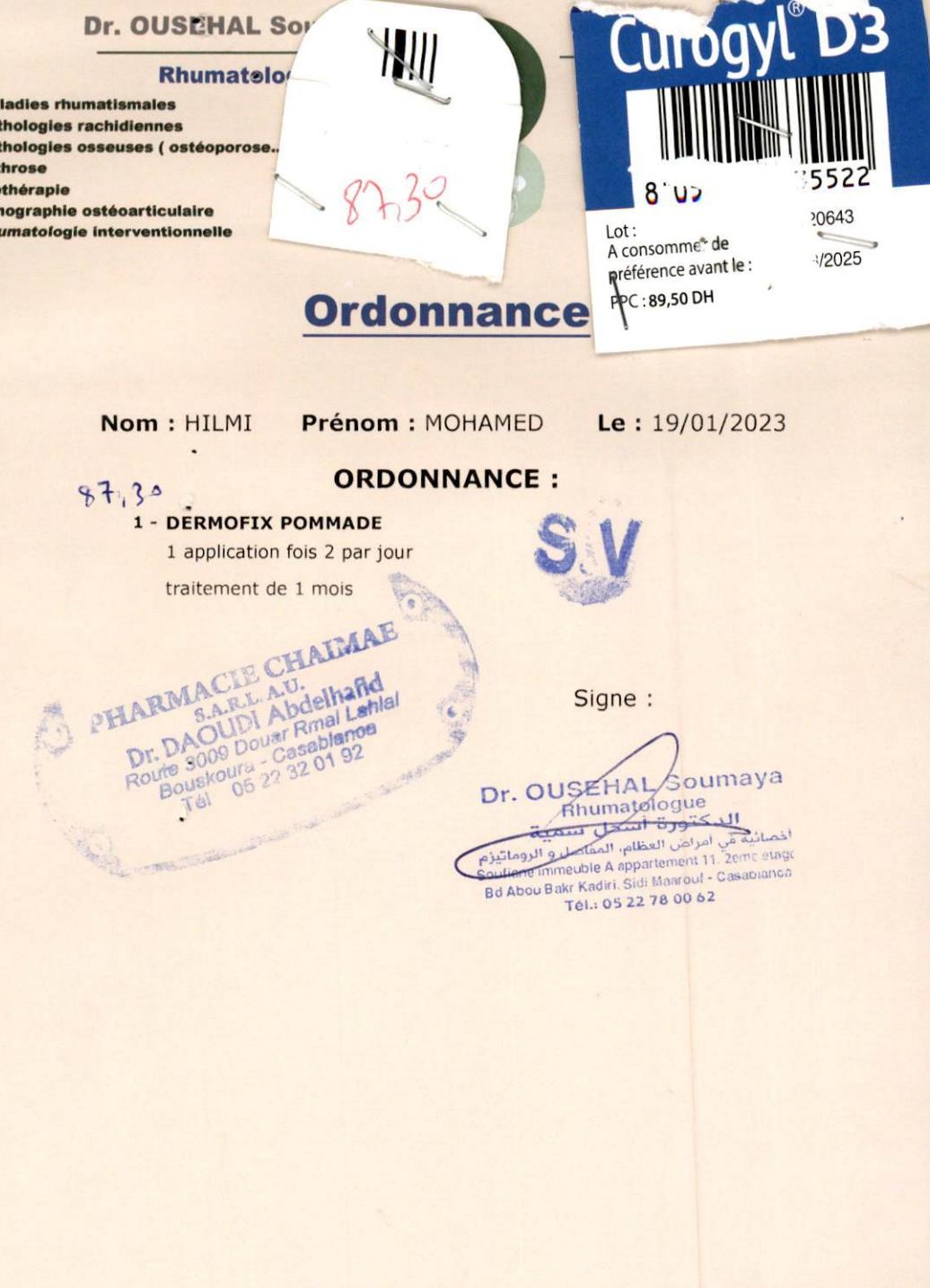
1 application fois 2 par jour  
traitement de 1 mois

S.V

Signe :

Dr. OUSEHAL Soumaya  
Rhumatologue  
الدكتورة سوماية  
أخصائية في أمراض العظام، المفاصل و الروماتيزم  
Soufiane immeuble A appartement 11. 2ème étage  
Bd Abou Bakr Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél.: 05 22 78 00 62

PHARMACIE CHAIMAE  
S.A.R.L. A.U.  
Dr. DAOUDI Abdelhafid  
Route 3009 Douar Rm al Lahlal  
Bouskoura - Casablanca  
Tél. 05 22 32 01 92



Bd aboubakr kadiri, lot soufiane immeuble A, 2ème étage N°11, sidi maarouf, casablanca.

شارع أبو بكر القادري، إقامة سفيان عمارة أ، الطابق 2 رقم 11، سيدى معروف، الدار البيضاء

Telephone : 05 22 78 00 62      Whatsapp : 06 11 31 13 79      Email : dr.ousehal.soumaya@gmail.com