

## 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- 0012596

150895  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOURQUIS Hassania  
 Date de naissance : 30/10/48  
 Adresse : 268, Bd Ziraoui N° 7  
 CASA  
 Tél. : 0662 71 7779 Total des frais engagés : 30,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Abdelouad JAAFAF  
 Professeur de Chirurgie  
 Traumatologie-Orthopédique  
 Imm.9, App.2 Rue Alkaraouane, Hassan-Rabat  
 Tél : +212 37 27 5500 - N°PE : 101101-20  
 Date de consultation : 09/02/2023  
 Nom et prénom du malade : Bourquis Hassania 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 : CASA Le : 24/02/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



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
09/04/23	CT		5	<p>Dr. Abdelouhab HAFAR</p> <p>Professeur de Chirurgie</p> <p>Traumatologie-Orthopédie</p> <p>Imm.9, App.2 Rue Alkaraouane, Hassan-Rabat</p> <p>Tel : +212 5 37 65 588 - INPE : 101101039</p>

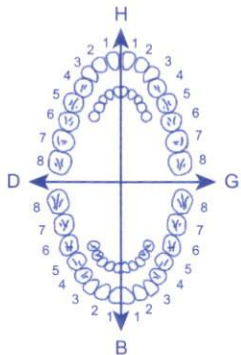
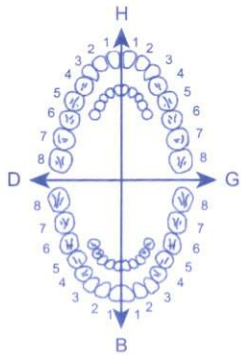
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### 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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <hr style="width: 100%;"/> <b>D</b>                      <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Abdeloihab JAAFAR**

• Professeur de Traumatologie-Orthopédie  
• Ex. Médecin Chef du Service de Traumatologie-Orthopédie  
à l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat

Chirurgie Arthroscopique  
Chirurgie de l'Arthrose et du Rhumatisme  
Chirurgie Sportive - Médecine Régénérative



**الدكتور عبد الوهاب جعفر**

• أستاذ جراحة العظام والمفاصل  
• رئيس قسم جراحة العظام والمفاصل  
بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط (سابقاً)

الجراحة بالمنظار  
الجراحة الترميمية وجراحة الروماتيزم  
الجراحة الرياضية - الطب التجديدي



## ORDONNANCE

Rabat le : ..... 09/02/2023

**Mme BOUROUIS HASSANIA**

**SEDALGIC**

1 cp par jour pendant 2 jours puis 1 cp 3 fois par jour

Dr. Abdeloihab JAAFAR  
Professeur de Chirurgie  
Traumatologie-Orthopédie  
Imm. 9, App. 2 Rue Alkairouane, Hassan-Rabat  
Tél : +212 5 37 203 588 - INPE : 101101020

LOT : 221091  
EXP : 07/2024  
PPV : 30,00DH

عمارة 9، شقة 2، زنقة القيروان - حسان - الرباط Imm. 9, App. 2, Rue Alkairouan - Hassan - Rabat

☎ : +212 5 37 20 35 88 ☎ : +212 6 68 42 66 75 ✉ : ajaafar02@gmail.com