

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-795291

payé  
compté

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 267 Société : RAM 161709  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : ASSEBANE MOHAMMED  
 Date de naissance : 18.11.1933  
 Adresse : AGADIR  
 Tél : 0699.12.55.56 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2023  
 Nom et prénom du malade : Choufi Zoubida  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : @ Demen  
 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 : 06/04/2023  
 Signature de l'adhérent (e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## 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 Étage 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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

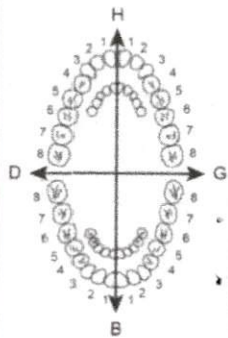
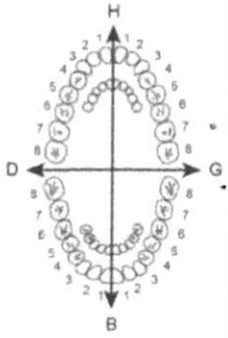
[illegible][illegible]

# 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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# الدكتور زهير العوينة

إختصاصي في الجهاز العصبي والعضلات

رقم 59، زنقة الحاج أخنوش، الحي الصناعي (زنقة مراكش سابقا) -

قرب الأمن الوطني أكادير-المغرب

☎ 05 28 84 72 87

☎ 05 28 84 72 88

☎ 06 61 28 14 73

☎ 06 39 83 24 61

✉ zouhir\_laaouina2016@outlook.fr

دبلوم بكلية الطب بباريس في صداع الرأس (كبار وأطفال)

عضو في الجمعية الدولية لصداع الرأس

عضو في الجمعية الأمريكية للتشخيص والتخطيط الكهربائي

للأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ بالحاسوب

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

06/04/2023

I.C.E : 001670569000025

I.N.P.E : 041087842

I.F : 76118680

Chorfi Zoubida

NF  
vit D

ant / ant

DE LAOUIA ZOUHAIR  
NEUROLOGUE  
59 Rue El Haj Ahmed  
(Ex Rue de Marrakech)  
05 28 84 72 87 - 06 61 28 14 73

# الدكتور زهير العوينة

إختصاصي في الجهاز العصبي والعضلات

رقم 59، زنقة الحاج أخنوش، الحي الصناعي (زنقة مراكش سابقا) -

قرب الأمن الوطني أكادير-المغرب

☎ 05 28 84 72 87

☎ 05 28 84 72 88

☎ 06 61 28 14 73

☎ 06 39 83 24 61

✉ zouhir\_laaouina2016@outlook.fr

دبلوم بكلية الطب بباريس في صداد الرأس (كبار وأطفال)

عضو في الجمعية الدولية لصداع الرأس

عضو في الجمعية الأمريكية للتشخيص والتخطيط الكهربائي

للأعصاب والعضلات

التخطيط الكهربائي للدماغ بالحاسوب

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

06/04/2023

I.C.E : 001670569000025

I.N.P.E : 041087842

I.F : 76118680

## Facture

Nom : Chorfi Zoubida

Consultation : 300 DHS

Montant : Trois cents dirhams

**Dr LAAQUINA ZOUHAIR**  
NEUROLOGUE

59 Rue El Haj Ahmed Akhnouch

El Hada de Marrakech AGADIR

☎ 05 28 84 72 87 ☎ 06 61 28 14 73