

# 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

M22- N° 002831

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04452 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Elmouni, Fouad

Date de naissance : 05-06-59

Adresse : Benghmane BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 332,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr AIT SEDDIK Soaad

Médecin généraliste

Central Park, BD Abdelmoumen

Imm. D, N° 45, Mohammedia

Tél: 05 23 27 18 99

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 05 / 2023

Nom et prénom du malade : Amrani Rachida Age: 61ans

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

Nature de la maladie : affection Digestive

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 : Mohammadia Le : 11 / 05 / 2023

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
11/05/23	C III	1	250,00	Dr. AIT BOUK SOUAI Médecin généraliste Central Park de Abdoussoumen Imm. D, N° 45, Mohammedia Tél: 05 23 27 18 99

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/2023	82,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

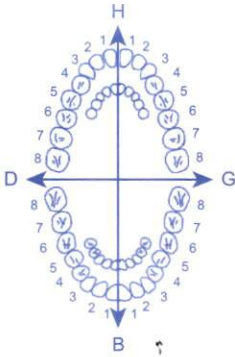
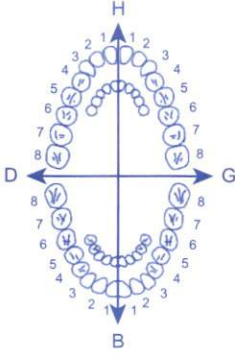
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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																						
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		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

# Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

## د. سعاد أيت الصديق

- دكتورة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحماية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

## ORDONNANCE

**Nom :** Mme Amrani Rachida

**Date :** 11/05/2023

1/Lax forte : suppo

82, 101 suppo une fois

2/Inexium : cp 20 mg

1 cp deux fois par jour pendant 2 semaines puis 1 cp une fois par jour pendant 2 autres semaines

3/S-Citap : cp 5 mg

1 cp une fois par jour pendant 6 mois

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair bnou el ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

20 mg Cpr GR  
Boîte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82.10 DH  
6 118001 020591

**Dr. AIT SEDDIK Soaad**  
Médecin généraliste  
Central Park, BD Abdelmoumen  
Imme. D, N° 45, Mohammedia  
Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

La date de tous les documents émis est interchangeable.

**PHARMACIE ARROUD**  
**Dr. ARROUD Fatima Zohra**  
Lotissement Shems Al Madina, N° 26  
Benslimane - INPE : 062081070  
Tél : 06 54 08 06 30 - 05 20 41 82 75

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia  
ستترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية  
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف