

## 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

M22- 0038384

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4429 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELODMA HASSAN  
 Date de naissance : 16/05/1997  
 Adresse : HASSI VELLE  
 Tél. : 0634259293 Total des frais engagés : 1531,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/05/2023  
 Nom et prénom du malade : Dr. ELODMA HASSAN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Sucre Diabète  
 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 : CASABLANCA Le : 25/05/2023  
 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.

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
21.01 2023	C		200,00	<p><b>Dr. Imrane MOUATASSIM</b>  <b>MEDECIN AGRÉE</b>  par le Ministère de la Santé  Visite Médicale - Permis de conduire  210, BD. Oued Sebou O. III, Casablanca  Tel: 05 22 19 33 27</p>

Dr. or C 200,00

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MEDECIN AGREÉ  
par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, BD. Oued Sebou O. 11550 Assaboula  
Tel: 05 22 43 32 27

INPE391168674

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 DR. ZAKARIA SAIB PHARMACIE SAIB SARL - AU 154 Bd. Oued Deboura El Azhar - Ouedj TM 05 32 91 16 54	10/05/23	1331,60

1331.60

Page 10 of 10

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

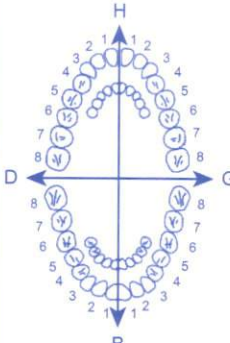
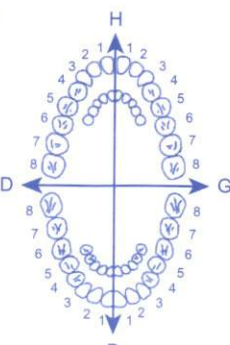
[illegible][illegible][illegible]

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000            11433553         </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <b>B</b> </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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	
-----------------------	--

DEBUT	
D'EXECUTION	

FIN D'EXECUTION	
--------------------	--

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS	
-----------------------	--

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVIE HTA ET DIABETE

الدكتور عمران معتصم

الطب العام

حذلولو جامعي،

الفحص بالصدى

الطب الاستعجالي

التغذية والحمية

الدوية الطبية

تتبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السياقة

Casablanca, le 25.05.2023 في الدار البيضاء

N° EL ODMA H

PHARMACIE SAIB  
SARL - AU  
Dr. Zakaria SAIB  
Bd Oued Sabou  
El Azhar - Oujda Casa  
Tél 05 22 91 16 54

390,00 x 3  
1/ Galvus 50/800



1 - 0 - 1 m 3 mg

79,50  
2/ Carbosorb Transit



1 apr 15 mg

82,10  
3/ Inexim 200



0 m 14 mg

1331,60

Dr. Imrane MOUATASSIM  
MEDECIN AGREE  
par le Ministère de la Santé  
Visite Médicale - Permis de conduire  
710, Bd. Oued Sabou Oujda-Casablanca  
Tél. 05 22 90 33 27

☐ Contrôle : .....

☐ Consultation: .....

INPE: 91168674

IF: 15201569

ICE: 001681749000029

CNSS: 4734134

710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA - Tél 05 22 90 33 27 - Email: drimrane@gmail.com



6 118001 031085  
GALVUS MET 50 mg/850 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031085  
GALVUS MET 50 mg/850 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH



6 118001 031085  
GALVUS MET 50 mg/850 mg  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
PPV : 390.00 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair benou al aouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Boîte 14

Cpr GR

840150MP/21NRQ

P.P.V. : 82.10 DH



6 118001

020591

LOT: 220469  
PER: 06/2025  
PPC: 79.50DH