

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



# Déclaration de Maladie

N° W21-766607

MUPRAS  
RECEPTION

Maladie       Dentaire       Optique       A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10022

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HIRCHI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0646772690

Total des frais engagés :



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SDAIRI Fatima Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DEROUA

Le : 22/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
05/06/23		65	# A.S.O #	INP INPE:06123456 Dr. OUBOUADJI Médecin Généraliste Diabétologue M. LAYALI-B 03 07

achet et signature du Médecin  
testant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL DUMOUIMA 244 lotissement el wafaa Deroua Fix : 05.22.53.20.54	05/06/23	357.98

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

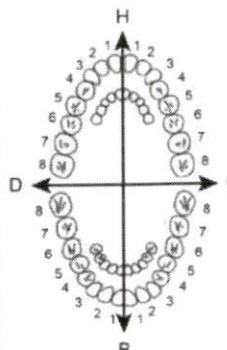
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 d

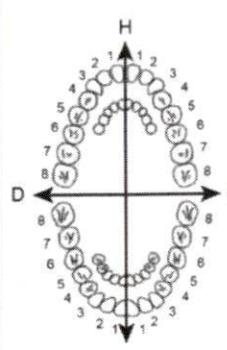


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT**

MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;"><b>D</b>                           <b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b> <b>G</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input type="text"/>
<b>H</b>																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<b>D</b> <b>G</b>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>B</b>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

DOCTEUR SIHAM OUBOUHIA  
MEDECINE GENERALE  
LAUREATE DE LA FACULTE DE MEDECINE  
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA



الدكتورة سهام أوبهيا  
الطب العام  
خريجة كلية الطب والأصيادلة  
بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
أخصائية التغذية  
أمراض النساء وتبع الحمل  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
GYNECOLOGIE, SUIVI DE GROSSESSE  
ECHOGRAPHIE  
ELECTROCARDIOGRAMME

## Ordonnance

Berrechid , le ..... 05 Juin 2023.

Nom.prénom: Siham El haima

40,80

1 - Sepatee



PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 boulevard el wafaa  
Fix : 05.22.53.20.54

65,10x2

2 - Deltabevure



22,50

3 - OMID

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 boulevard el wafaa  
Fix : 05.22.53.20.54



130,48

4 - Progibol



354,98

Dr. OUBOUHIA Siham  
Médecin Généraliste  
Diabétologue  
RDC Quartier Layali-Berrechid  
Tél: 05.22.03.07.72

XAMOR  
RDV:

بعد (زوال)  
15/06/23

58 ، الطابق السفلي ، حي ليالي 2 (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد

Nº58-Rez de chaussée quartier Layali2 - Berrechid

FIXE | 05.22.03.07.72

E-mail | sihamoubouhia@gmail.com

Lot :  
مجموعه:

Fab :  
صنع:

EXP.:  
صالح لغاية:

1011 04 2022 04 2025  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

Lot :  
مجموعه:

Fab :  
صنع:

EXP.:  
صالح لغاية:

968

02 2022

02 2025

PPV 95,40 DH

LOT : 2783  
PER : 03-26  
PPV : 22DH50

Lot : 05522028  
PLR : 07/2025  
PPV : 04-26 DH

PPC: 137 DH 00