

## 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

N° M21- 0055178

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05277

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MGHAFRI NOUREDDINE

Date de naissance : 26.11.1958

Adresse : 6. RUE DE GOLO POLO. Cas.

Tél. : 0661141160

Total des frais engagés : 414,30

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/05/23

Nom et prénom du malade : NOUREDDINE NOUREDDINE Age : 65

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : l'adhérent

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 : 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° AA-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
16.5.83		9	-309	<i>[Signature]</i> BOUHLALIZ Mohamed UROLOGUE - FEG - EMG Amrasi وجراحة الدمى 26.1.19 Ibn Chahid Maent Casablanca Tel: 0522 83 76 30 - Fax: 0522 83 61 36 Patente: 36374945 - RC: 298138

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE AL AMNE Thami MUSNAOUI Pharmacien (Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles) 1 Rue Golo, Quartier Polo - Polo Tél: 0522 83 76 30 - Fax: 0522 83 61 36 Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca Patente: 36374945 - RC: 298138	16.05.23	114,30

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

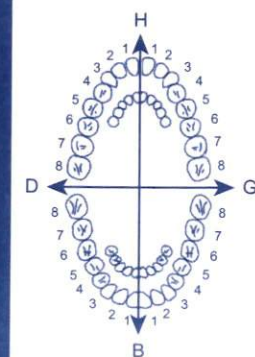
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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 BOUELFAIZ Mohamed

NEUROCHIRURGIEN

Electroencéphalogramme. EEG

Lauréat de la faculté de médecine de casa

Diplômé en neurochirurgie de la faculté de

médecine Paris- 5 -Descartes France



د. محمد بو الفائزة

اختصاصي امراض وجراحة الدماغ  
والاعصاب والعمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج كلية الطب بالبيضاء

دبلوم التخصص في جراحة الدماغ والعمود الفقري

بجامعة باريس ديكارت 5 فرنسا

Le: 16. 2. 23

M. Mghani Moureddini

PPV: 61DH50

PER: 10/25

LOT: L3655

صيدلية الامن

USNAOUI

Pharmacie

1, Rue

Quartier Polo - Polo

Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca

Patente: 36374945 - RC: 298138

A répéter plusieurs fois

A.M.M. N°: 265

PRV: 13,20 DH

صيدلية الامن

USNAOUI

Pharmacie

1, Rue

Quartier Polo - Polo

Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca

Patente: 36374945 - RC: 298138

PHARMACIE AL AMNE

Thami MUSNAOUI

Pharmacie (Diplôme de l'Université Libre de Bruxelles)

1, Rue Golo, Quartier Polo - Polo

Tel: 0522 83 76 30 - Fax: 0522 83 61 36

Gsm: 0661 19 86 54 - Casablanca

Patente: 36374945 - RC: 298138

114,30

Onctions légères de la zone

A répéter plusieurs fois

A.M.M. N°: 265

PRV: 13,20 DH

MODE D'EMPLOI:

Onctions légères de la zone

A répéter plusieurs fois par

A.M.M. N°: 265

PRV: 13,20 DH

Onctions légères de la zone

A répéter plusieurs fois par

A.M.M. N°: 265

PRV: 13,20 DH

44,Bd, Anoual - Casablanca - Tél.: +212 522 25 36 05 / +212 522 83 76 30

Email : dr.bouelfaiz.mohamed@gmail.com