

# 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 conseil de la mutuelle 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 à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22



## Déclaration de Maladie

N° P19- 066153

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4969 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAHAM Mohamed

Date de naissance : 16-6-1965

Adresse : Habitude

Tél : 0666046687 Total des frais engagés : 1014,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/09/2023

Nom et prénom du malade : Maroua Faham Age: 16ans

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

Nature de la maladie : Epilepsie

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 : 25/9/2023

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
13.09.2023	U		30000H	Gastro-Entérologie et Proctologie El Wadi Abdelhak Imr. 4 Km 24 Sidi Boumen Casablanca Tel.: 05 22 71 77 23

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ph. Sanaa Casablanca SARL Associée Unique Bloc 18 N° 5 Sidi Othmane Tel.: 05 22 37 58 99	13.9.23	714,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

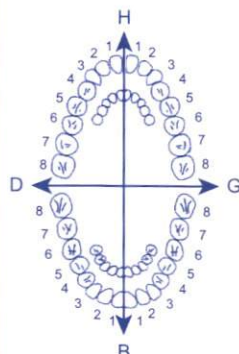
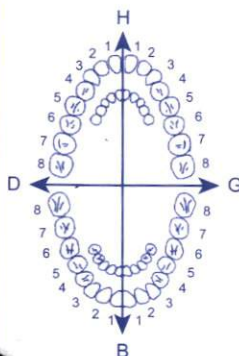
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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"/>															

PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Hind OULAMMOU

Spécialiste de l'appareil digestif et du foie  
Proctologie médico-chirurgicale  
Echographie abdominale et endoscopie digestive  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris  
Diplôme des Hépatites virales et Cytokines  
de l'Université de Sorbonne  
Diplôme des maladies inflammatoires chroniques  
de l'intestin des Universités de Lille et Paris 6



## الدكتورة هند ألامو

إختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد - أمراض وجراحة المخرج  
الفحص بالصدى والمنظار الداخلي  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس  
دبلوم إلتهاب الكبد الفيروسي بجامعة الصوريون  
دبلوم الإلتهاب المزمن للأمعاء  
من جامعة ليل و باريس 6

Casablanca le : 13/09/2023 البيضاء في

Faham Naoua

Ph Sanaa Casablanca  
SARL Associée Unique  
Bloc 18 N° 15 Sidi Moumen  
Tél: 05 22 71 77 23

50.40

1/ Aleogyl 80mg

30. no. up x 2 / j.

matin/soir

2/ Argo

LOT : 1379  
UT-AV : 01-26  
P.P.V : 30DH50

45.30 x 4

apres  
repas

3/ Ventoline (4 boites)

185.00 x 2

pdt 3 mois

4/ Safler 250

1 pnt / j.

Dr. Hind OULAMMOU  
Spato-Gastro-Entérologue et Proctologue  
Hay ALWALAA Immeuble 4 N° 424 Tranche 6 Imm. 4  
Appt. 24 Sidi Moumen - Casablanca  
Tél: 05 22 71 77 23

PPV: 185 DH 00

PPV: 185 DH 00

حي الولاء الإقامة 4 الرقم 424 التجزئة 6 سيدي مومن - الدار البيضاء

Hay ALWALAA Immeuble 4 N° 424 Tranche 6 Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف: 05 22 71 77 23 / GSM: 07 08 89 45 95



82,10

5/ Zolgero long  
up 2y



LOT 221250  
EXP 04/2024  
PPV 82.10DH

- le matin  
- ajeu  
- le soir

714,20

VENTOLINE 100 mcg Aérosol 200 doses PPV 45,30 DH		VENTOLINE 100 mcg Aérosol 200 doses PPV 45,30 DH	
Lot	FM9S	Lot	4E9P
EXP	09 2024	EXP	05 2024
PPV	45,30 DH	PPV	45,30 DH

Ph. Sarras Casablanca  
SARL Associée Unique  
Siège 18 N°15 Sidi Othmane  
Tel: 05 22 37 58 99

Appr. 24 Sidi Moumen - Casablanca  
Tel: 05 22 71 77 23  
Médico-Orthodontique  
SARL Associée Unique  
Siège 18 N°15 Sidi Othmane  
Tel: 05 22 37 58 99

20. 09. 2023.  
à 15R00