

## 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- 0042594

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11772 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIR ABDELLAH

Date de naissance : 03.02.1973

Adresse :

Tél : 0661069147 Total des frais engagés : 180304 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : Zahir Abdellah Age : 50

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

Nature de la maladie : Cancer

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 : Penava Le : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042594

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Matricule : 11772

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. Nom de l'adhérent(e) : Zahir

Coupon à conserver par l'adhérent(e). Total des frais engagés :

Date de dépôt :

### 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

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
05-10-2023		1	209.00	<div> <div>Dr Amine Monammed</div> <div>091216598</div> <div>DAHIK</div> <div>ORL-Rhino-Laryngologiste</div> </div>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>PHARMACIE ABALIL</div> <div>Docteur en Pharmacie</div> <div>Lot Massira N°14063004</div> </div>	5/7/25	144.50

# 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	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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																						
				CCEFFICIENT 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> <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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Amine Mohammed DAHIK

## Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroïde



## د. أمين محمد ضاحك

إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف  
والحنجرة - الأذن - الوجه والعنق  
تشخيص وعلاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشخير والحساسية  
أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 08.10.2013

Zahir Abdelhak

PHARMACIE AL FARAJ  
CHIKER Jikene  
Docteur en Pharmacie  
Lot. Massira N°1440 G 16 - Deroua

1) P. Endo 1 x 21 x 1 mois  
119110 Zgouh

2) Betastate 2p 1 x 21  
36160 281

3) P. Lysdex 1 x 21 (Corail poud)  
21160 381 x 31 x 1  
177176

PHARMACIE AL FARAJ  
CHIKER Jikene  
Docteur en Pharmacie  
Lot. Massira N°1440 G 16 - Deroua

Dr Amine Mohammed  
DAHIK  
Oto-Rhino-Laryngologiste  
INPE 091216598

N° du Lot

227076

Date Per.

PP.V: 119,10 DH

طريق الفم

PHARMAS

LOT : 3382  
UT.AV: 04-26  
PPV: 36DH60

21,90

Benmedoun Samia III  
2014/01  
2014/01  
2014/01