

# 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

M22- 0029934

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4671 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAGOURI LATIFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1 808,88 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02 OCT 2023

Nom et prénom du malade : JAGOURI LATIFA Age : 65 ans

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

Nature de la maladie :

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 : DE ROUA Le : 10 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
02 OCT 2023	S		200 DHS	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

2-10-23

102110

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

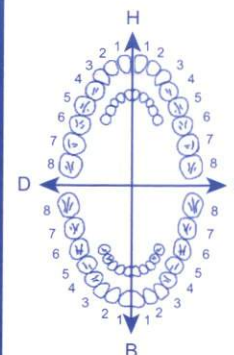
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

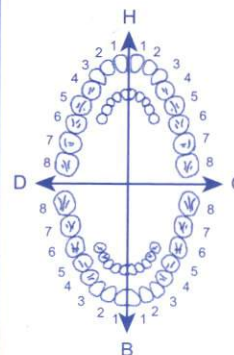
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saâd BENNIS**

*Médecine Générale*



**الدكتور سعد بنيس**  
الطب العام

**Echographie Générale - ECG**

**Maladies Rhumatismales et Inflammatoires**

**22, Boulevard du Nil, Bloc 33, 1er Etage**

**Sidi Othmane - Casablanca**

**Tél / Fax : 05 22 59 78 56**

**E-mail : saadbennis@hotmail.fr**

**فحص بالصدى - تخطيط القلب**

**أمراض الروماتيزم و التهاب المفاصل**

**22, شارع النيل, بلوك 33, الطابق الأول**

**سيدي عثمان, الدار البيضاء**

**الهاتف / فاكس : 0522 59 78 56**

Casablanca le : **02 OCT 2023**

**MADAME ZAGOURI LATIFA**

**\* SIPROZONE 20 MG COMPRIMES**

**1 CP / J LE MATIN PDT 20 JOURS**

**\* FLAMIX 15 MG COMPRIMES**

**1 CP MIDI PDT 14 JOURS**

**\* CURCUFLEX FORTE GELULES**

**1 GELULE / J LE MATIN PDT 01 MOIS**

**\* D-CURE AMPOULES BUVABLES**

**1 AMPOULE A BOIRE / SEMAINE PDT 04 SEMAINES**

**\* SULPINAL GELULES**

**1 GELULE / J LE SOIR AU COUCHER**

**\* ZOLAM 30 MG GELULES BOITE DE 14**

**1 GELULE / J LE MATIN PDT 14 JOURS**

**\* TRIPLIXAM COMPRIMES**

**1 CP / J LE MATIN PDT 3 MOIS**

**\* COSTAL 10MG COMPRIMES**

**1 CP / J LE SOIR PDT 03 MOIS**

**Docteur Saâd BENNIS**  
*Médecine Générale*  
22, Boulevard du Nil - 1er Etage  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 59 78 56



20.2

\* CERAMIDE p...  
supplémentaire

Dr. H. V. 20/20

1021

PHARMACIE EL OTHMANA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : 05.22.53.20.54

Docteur HAD BENNIE  
Médecine Générale  
22, Bd. du Nil, Bloc 52 - 1er Etage  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 50 78 54

PPV  
LOT  
PER

23,20

501066c

Lot N° :  
EXP :  
PPV :

60,90



20,00



ANM n° 50217 DM/21 N°P  
8001068100002



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

PPV  
LOT  
PER

35,00

LOT : 230728  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

LOT : 230728  
EXP : 05/2026  
PPV : 57,80DH

irveux

LOT: 230728  
EXP: 05/2026  
PPV: 57,80DH

PPV: 56,30 DH  
LOT: 238100  
EXP: 02/2025

ANM n° 50217 DM/21 N°P  
8001068100001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

ANM n° 50217 DM/21 N°P  
8001068100001



6 118001 130306  
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 184,00 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

LOT : 221779  
EXP : 11/2025  
PPV : 57,80DH

15