

## 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.

### 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



## Declaration de Maladie

N° W19-469922

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5381 Société : RAM 34683  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KHAOUJA DAWA  
 Date de naissance : 16/10/62  
 Adresse : 851 Le Sud, ANSLES 9 Ave 11 / Haba 7  
 2ème étage Apt 7 PALMIR  
 Tél. : 06 21 55 8555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachid EL HACHMI  
 CARDIOLOGUE  
 222, Bd. Brahim Roudani  
 20100 CASABLANCA  
 Date de consultation : 19/05/2020  
 Nom et prénom du malade : KHAOUJA DAWA Age : 57 ans  
 Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 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'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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL SIEGE RAM



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
19-05-2008	ECG	1	347,00	INP : 99102008 Dr. Rachid EL HACHMI CARDIOLOGUE Slim Roudani

Dr. Rachid EL HACHMI  
CARDIOLOGUE  
Brahim Roudant,  
CABRIANI

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date 19/05/2020 19/05/2020
Montant de la Facture 20450 845.60	

19/15/2020	20450
19/05/2020	845.60

[illegible]

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

Nombre

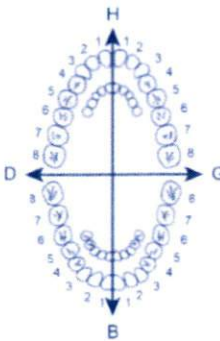
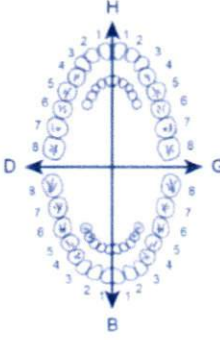
Montant détaillé  
des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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	INF : <input type="text"/>												
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF**

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid El HACHMI

الدكتور رشيد الهاشمي

**Cardiologue**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rennes - France  
Echodoppler Cardiaque couleur  
Holter E.C.G. et Tensionnel - Epreuve d'effort  
Membre de la société française de cardiologie  
Rythmologue - Poseur de Pacemaker  
Ex. Cardiologue des Hôpitaux de France

إختصاصي في أمراض القلب والشرابين  
خريج كلية الطب برين - فرنسا  
فحص القلب بالمصدى والدوبلير بالألوان  
عمل هولتر وتخطيط قلبية  
طبيب مسؤول في عيادات فرنسا

Casablanca, le

19-05-20

108.20

34.10x2

cardensiel 2.5

27.70 x 2

cardiast

380.00

I 2 x 2

4) DAPLON 100

A2270 x 2

56.60

17) Oxyproster

845.60

Sur Rendez-Vous

**Dr. Rachid EL HACHMI**  
**CARDIOLOGUE**





6 118001 100859

7862160238



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



6 118001 100859



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH



6 118001 100859



6 118001 100859

**Cardensiel® 2,5 mg**

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 54,10 DH

7862160238



246400030-04



246400030-04



246400030-04

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

**Cardioaspirine 100 mg/30cps**  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

**LPP®**

Omeprazole 20 mg

Boîte de 28 gélules

P.P.V. : 95,00 DH



11 8000 191049

**Dr Maria MAFTOUH**

Pharmacien Responsable

**LPP®**

Omeprazole 20 mg

Boîte de 28 gélules

P.P.V. : 95,00 DH



11 8000 191049

**Dr Maria MAFTOUH**

Pharmacien Responsable

**LPP®**

Omeprazole 20 mg

Boîte de 28 gélules

P.P.V. : 95,00 DH



11 8000 191049

**Dr Maria MAFTOUH**

Pharmacien Responsable

**LPP®**

Omeprazole 20 mg

Boîte de 28 gélules

P.P.V. : 95,00 DH



11 8000 191049

**Dr Maria MAFTOUH**

Pharmacien Responsable