

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-526002

31-336

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9072 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KARIM Mohammed

Nom & Prénom : KARIM Mohammed

Date de naissance : 1-1-1966

Adresse : 97 LINA 2 Rue 3217 26 N°24

Tél. : 0666 255855 Total des frais engagés : 150 DH + 2014 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. MSEFFER Abdelkrim

MEDICINE GENERALE  
ACUPUNCTURE - ECHOGRAPHIE GENERALE  
254, Avenue Reda Guedira  
(EX. Avenue du Nile) Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 JUL 2020

Nom et prénom du malade : DOUKRY MUPRAS Age :

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

Nature de la maladie : Ni R... 28 JUL 2020

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.

ACCUEIL SIEGE RAM

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 / 7 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



| 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   |
| 22 JUL 2020                    |                   | C                     | 150                             | INP: 0111111111<br>Dr. HSEFFER ABDELKADIR<br>MEDICINE GENERALE<br>ACUPUNCTURE - ECHOGRAPHIE GENERALE<br>254, Avenue Reda Guedra<br>(EX. Avenue du Nîle) Casablanca |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 22/07/2020 | 220,30                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|---|--|------------------|-------------|--|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
| Important :<br>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 | INP : <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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table> |                  |             | H  |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  | G           |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | B  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>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"/>     |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|   |  |                  |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. MSEFFER Abdelkrim

MEDECINE GENERALE  
ACUPUNCTURE  
ECHOGRAPHIE GENERALE

254, Avenue Reda Guedira  
( Ex. Avenue du Nil )  
Casablanca

Tél.: 05 22 37 24 80 // P.: 06 61 33 95 59

E-mail : a.mseffer@menara.ma

ICE : 002057753000038

PHARMAS  
LOT: 8382  
UT. AV: 02-23  
PPV: 36 DH 40

559180 100811 6  
118001 081953  
HD 00'09  
P.P.V.: 60,00 DH  
Enterogermina susp b 10 n  
Alj Sebati Casablanca  
Rue de Rabat-R.P.1  
Sanoth-aventis Maroc

22 JUL 2020

Casablanca, le .....

PPV:  
Lot n°: 99DH40  
EXP: 19C085/2  
12/2021

DOUNIA KARIM

99.40

Ceraxone 200 g

FLAGYL 250 MG  
CP PEL B20  
LOT : 19E001  
PER: 09 2024  
P.P.V.: 25DH10  
118000 060079

36.40

Kobred 200g

25.10

Flagyl 200 g

60.00

ENTEROFLEX

220.90

Pharmacie ESSA-EGH El Madi El Jadid  
ESSA-EGH M. PHARMACIEN  
Salima II Rue 18 N° 44  
Bd Ohman - Casablanca 04  
Tél. 29 28-74

Dr. MSEFFER Abdelkrim  
MEDECINE GENERALE  
ACUPUNCTURE - ECHOGRAPHIE GENERALE  
254, Avenue Reda Guedira  
( Ex. Avenue du Nil ) Casablanca