

## 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.

### 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-579637

ND: 45839

Optique  Au

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <u>12717</u>	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <u>BADRI Abderrahim</u>		
Date de naissance : <u>01/02/1976</u>		
Adresse : <u>Appt 4 Imm 5 Res WIAM - OULFA Casablanca</u>		
Tél. : <u>066973216</u>	Total des frais engagés : <u>176,30 dhs</u>	

**DR MOUTAMID Omai**

Médecin Généraliste  
Echographie

Al Firdaouss Groupe B1 Imm 11  
Av. 1 Er Oulfa Casablanca

1er ét. de 22 23 24 25 N° 5

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : <u>15/10/2020</u>	Age : <u>50 ans</u>
Nom et prénom du malade : <u>SAITTA OCE 2020</u>	
Lien de parenté : <u>Conjoint</u>	
Nature de la maladie : <u>ARTHROS POLYARTHROSIS</u>	

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 de la personne déclarante de l'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 18/10/2020

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

### RELEVE 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
15/10/2015	4120 DDF		100000000	IN 100000000

**Dr. MOUTAMID Omai**  
 Médecin Généraliste  
 Echographie  
 Al Firdaous Groupe B1 Imm. 11  
 10000 Casablanca  
 Tel: 05 22 93 41 31

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Salma	15/10/2015	5635

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

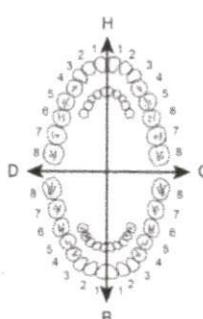
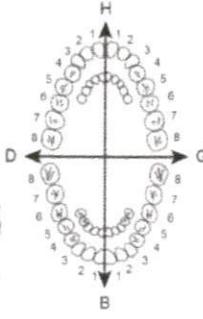
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

DENTAL TREATMENT  
  
**ODF PROTHESES DENTAIRES**  
**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**  
 H 25533412 21433552  
 00000000 00000000  
 D 00000000 00000000  
 35533411 11433553  
 G  
 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

Dr. MOUTAMID Omar



الدكتور معتمد عمر

- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire

- الطبع العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca, le

البيضاء

24 Mai 2020.

Mr. EL TERRIFI Chérif

5630

D Cune.



1<sup>er</sup> app. 1<sup>er</sup> juillet  
2<sup>nd</sup> app. 15 juillet  
3<sup>rd</sup> app. 1<sup>er</sup> aout  
4<sup>th</sup> app. 1<sup>er</sup> aout



Résidences Al Firdaousse  
Groupe B1 Imm.11 Appt 1  
El Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 93 41 31

إقامةات الفردوس مجموعة B1  
العمار 11 الشقة رقم 1 الألفة

الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 93 41 31

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20F24B  
EXP: 06/2022

MCP210MAD04118  
26/03/2020

21

## Solution huileuse buvable

ERGO Maroc

GT

25 000 ₪

፳፻፲፭

፳፻፲፭

Fabriqu

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

**D-CURE® AMPOULE**



0

Dr. MOUTAMID Omar

- Medecine générale
- Echographie
- Medecin agréé par le ministère de la Santé
- Visite Médicale
- Permis de conduire



Ordonnance

Casablanca, le .....

البيضاء

15.10.2020.

Dr. EL MERRAJI  
Ghita

- 1) NFS vs
- 2) Feni, tiss
- 3) Met D<sub>3</sub>
- 4) TSH us
- 5) CRP

Dr. MOUTAMID Omar

Médecin Généraliste

Echographie

Al Firdaous Groupe B Imm 11  
Appt 1 El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 41 31

Résidences Al Firdaousse  
Groupe B Imm.11 Appt 1  
El Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 93 41 31

الدكتور معتمد عمر

- الطب العام
- الفحص بالصدى
- طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة
- فحص طبي
- رخصة السياقة



الدار البيضاء  
العنوان: 05 22 93 41 31  
العمارنة 11 الشقة رقم 1 الألفة  
B1