

## 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

- Reclamation : 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 Aliou Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aliou 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° W21-727279

134753

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8647 Société : RATP

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HOUSSA BENNANI ADIL

Date de naissance : 23-09-1971

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 13 27 83 21 Total des frais engagés : 3041560 + 360 + 304150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/8/2022

Nom et prénom du malade : HOUSSA BENNANI ADIL

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ABBAOUI ALI  
IDOCRIMOLOGIE  
150 Route de l'Horloge  
Casablanca 20000  
Tél : 05 22 20 45 45

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
18/8/22	c2		300 dh	INP : 094046169 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Signature du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Signature du Fournisseur	18.08.22	1560.00

[illegible]

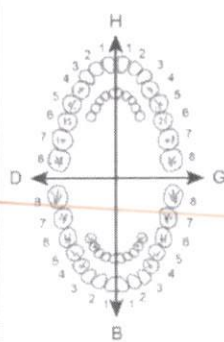
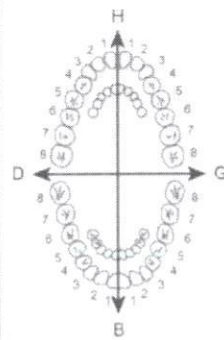
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>ORIMEDIS NEGOCE SARI</b> Agence 20 Août N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen et Rue de la Place Tél : 05 22 22 22 22	03/09/22					540.00

# 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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> <th colspan="2">G</th> </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	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

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

INP: | | | | | | | | | |

FIN  
D'EXECUTION

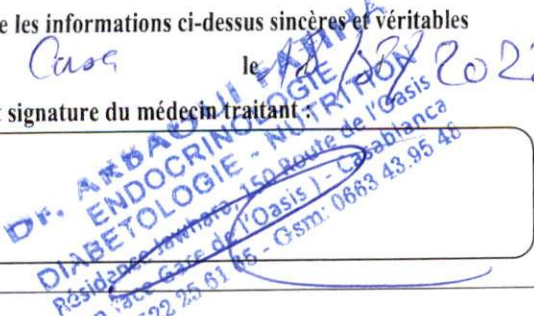
COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	HOUMID BENNANI ADIL
Matricule :	8647
N° CIN :	BE56 16 72
Adresse :	63, RUE LIBERTE BOU TADART CASAB.
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : Endocrinologue
N° ICE :	N° INPE : 091046169
Certifie que Mlle, Mme, M. :	M. Houmid Bennani ADIL
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Diabète Sucre	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : A.D.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	Casa le 22/03/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées



# ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2205029

MR HOUMID BENNANI ADIL

ESP

Date	CLIENT	PAGE
03/09/22	34210475	1

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819307078	1	GLUCOMETRE ACCU-CHEK INSTANT	20%	150,00	150,00
PRO100	4	LANCETTE PROMISEMED	20%	7,50	30,00

ORLIMEDIS NEGOCE SAK  
Agence 20 Aout  
N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun  
et Rue de la place - Casablanca  
Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 20 65 65 - 05 22 27 35 06

MT HT	TVA	MT TVA
150,00	20%	30,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
150,00	30,00	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
180,00

DHs

# ORLIMEDIS NEGOCE

Facture N° : FC2205028

MR HOUMID BENNANI ADIL

Date	CLIENT	PAGE
03/09/22	34210475	1

ESP

Référence commande N°	Representant	Mode d'expédition	Mode de règlement
ESP	20AOUT	NONE	

Référence	Qté	Désignation	TVA	P.U TTC	Mt TTC
07819382078	2	BANDELETTE ACCU-CHEK INSTANT 50	20%	180,00	360,00

ORLIMEDIS NEGOCE SARI  
 Agence 20 Août  
 N° 22 Bis, Angle Rue Lahcen El Arjoun  
 et Rue de la Place - Casablanca  
 Tél : 05 22 20 39 39 - 05 22 20 65 65

MT HT	TVA	MT TVA
300,00	20%	60,00

Total HT	Mt TVA	Total TTC
300,00	60,00	360,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
 360,00

DHs

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

فاتيحة

السنة

Casablanca, le : 18/08/22

M. Hamed Ben

Appareil ALC

360 + 30 - B. Stehlik + Le 312

1560,00 - 390,00 x 4

Galvus Met 50/1000

540,00

Agence 20 Août

PHARMACIE BALHAOU  
PROJET ERAC BACHKOU N° 47 A AL  
Madrinet Tél : 022 83 36 46  
AMRIT OUALIE  
Toujours en Pharmacie

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA  
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION  
DIABÉTOLOGIE - NUTRITION  
Résidence Jawhara 150 Route de l'Oasis  
En face Gare de l'Oasis - Casablanca  
Tél : 0522 25 61 65 - 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06  
En cas d'urgence : 0663 43 95 48  
Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 00171496900

