

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0047850

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 720 Société : 167881  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HACHADI Mohamed  
Date de naissance : 03/01/1947  
Adresse : Lot RIAD SALAM Bloc 'E' N°35 Mohammedia  
Tél. : 0667316873 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2023  
Nom et prénom du malade : HACHADI Mohamed Age : 76  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Tumeur de la face  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MALADIE  
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 : CASABLANCA Le : 03/07/23  
Signature de l'adhérent(e) :


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 03/07/23        | G                 | 1                     | 300 <sup>TH</sup>               |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
|  | 03/07/2023 | 248,10                |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |
|                                                                                  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 03/07/23 | 215                          | 250 <sup>ON</sup>      |
|                                                                                  |          |                              |                        |
|                                                                                  |          |                              |                        |
|                                                                                  |          |                              |                        |
|                                                                                  |          |                              |                        |
|                                                                                  |          |                              |                        |
|                                                                                  |          |                              |                        |
|                                                                                  |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

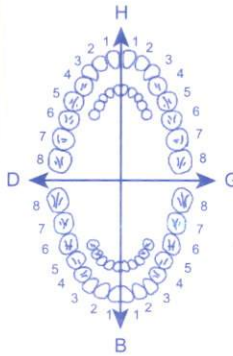
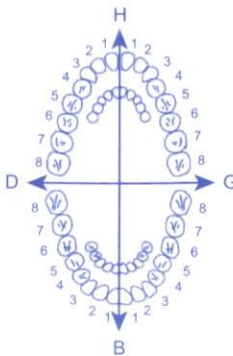
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <input type="text"/> |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                          |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H           |                                              | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       | 25533412<br>00000000                                                                                                                                                                                                                                                               | 21433552<br>00000000 |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                  | G                    |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       | 00000000<br>35533411                                                                                                                                                                                                                                                               | 00000000<br>11433553 |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |                                              |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |                                              |
|                                                                                       | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

**Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL**

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

**الدكتور دريد بنزاكور كنيديل**

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكرونوبل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

**03/07/2023**

Casablanca, Le .....

**Mr HACHADI MOHAMED**  
**COMPTE RENDU+FACTURE**

Radiographie de l'épaule gauche de face.

*Consolidation de fracture*

**Z15**

**250 DH**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS T.T.C**

7, زقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

المستعجلات : 06 61 20 09 41 - الهاتف : 05 22 45 05 05 - Tél. :

ICE : 001809928000059

# Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

## الدكتور دريد بنزاكور كنيدل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكونوبل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le 23.07.23

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

100,00

① Brexin 20 mg 1's

45,70

② Coltra 1's

102,00

③ Arken 20 1's

248,10



PHARMACIE  
150, "D" Riad Essala  
Tel.: 0577 20

45,70

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22199  
PER: 05/2025  
PPU: 102,00 DH

7. زنقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

المستعجلات : 06 61 20 09 41 - Urgence : 05 22 45 05 05 - الهاتف :

ICE : 001809928000059