

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 054681

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : P1388 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUZIANI MOHAMED

Date de naissance : 1956

Adresse : RES ELFAJR Imm E N° 11 ELPODS  
S/BERNOUSSI CASABLANCA

Tél. : 0666934325 Total des frais engagés : 2432,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/09/2023

Nom et prénom du malade : BOUZIANI MOHAMED Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : Diabète + Hypertension + HTA

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 : CASA Le : 05/09/2023

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
05/09/23		CS = 300 DH		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>PHARMACIE BLOCH</div> <div>GHOPRANE</div> <div>Rue 2 N° 15 Bloc (C)</div> <div>Q Al Oods Sidi Bernoussi</div> <div>Casablanca</div> </div>	05.09.23	2132,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

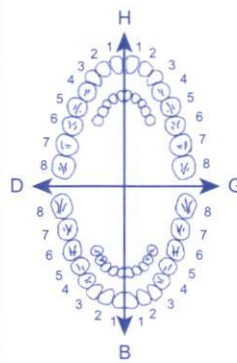
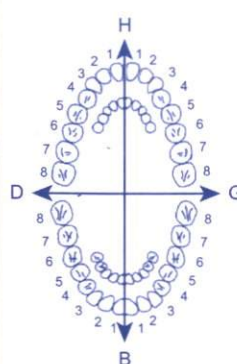
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> <div>D</div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> <div>G</div> </div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> <div>B</div> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		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

Docteur Leïla BELHADI BENSAMI

Diplômée de la faculté de médecine de Casablanca

Spécialiste en Endocrinologie - Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

(Diabète, Cholesterol, Hormones, Thyroïde, Hypophyse, Surrénales)

Troubles de Croissance et de puberté, Stérilité, Obésité ...)

Cabinet



الدكتورة ليلى بلهادي بنسامي

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

أخصائية في أمراض الغدد، السكري والتغذية  
(السكري، الكولسترول، الهرمونات، الغدة الدرقية،  
الغدة النخامية، أمراض النمو والبلوغ، العقم، السمنة...)

05 septembre

Mohammedia, le 2023

Mr. BOUZIANI MOHAMED

TRAJENTA 5  
1-0-0

GLUCOPHAGE 850  
0-1-1

COVERAM 10/10  
1-0-0

ULORIC 40  
0-0-1

Traitement pendant : 3 Mois

Magnine 300 0-0-0

6 118001 040773  
TRAJENTA\* 5 mg  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00  
10010704/01

6 118001 040773  
TRAJENTA\* 5 mg  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00  
10010704/01

6 118001 040773  
TRAJENTA\* 5 mg  
(Linagliptine)

28 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 374 DH 00  
10010704/01

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

PPV : 42.90 dhs

App 4 - Mohammedia  
23.34.47.47 - Urgence : 06.61.93.20.28  
E-mail : leilabelhadi3@gmail.com