

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-818043

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : BENAYACHI LAHIAH Abdelkader  
Date de naissance : 30.11.1963  
Adresse : 4 lot Loucelle Bd Abdelhadi Boutaleb  
Tél. : 06.614.60122 Total des frais engagés : 679,90 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 09 / 2023  
Nom et prénom du malade : BENAYACHI Abdelkader Age : 1963  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Proctologie Rectorragie  
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 : ..... Le : 20 / 09 / 23

Signature de l'adhérent(e) : .....

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

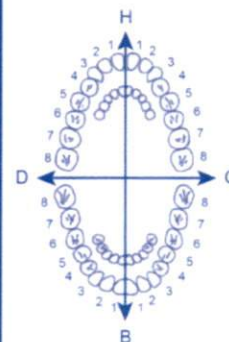


[illegible]

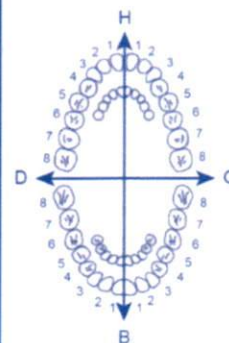
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12-9-23	319.90

[illegible][illegible]

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	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

**Docteur EL MEKNASSI Abdelmajid**  
**SPECIALISTE**  
**Hépatogastro-Entérologie**

Ex-Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
 Ex-Chef du Service de Réanimation Médicale à Casablanca

Fibroscopie Digestive - Hémorroïdes  
 Diplôme d'Echographie Générale à Paris

Sur Rendez-vous

**الدكتور عبد المجيد المكناسي**

اختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابقا مصلحة الإنعاش الطبي مستشفى ابن رشد

التنظير الداخلي والبواسير

شهادة الفحص بالصدى بجامعة باريس

بالميعاد



Casablanca, le 12/9/2023 في الدار البيضاء،

M. BENAYA CHRI Al derkoder

Daflon 1000

201.00

1 gelule 1x par 30 jrs

AVARICON H. N°2

7590

1 applicat avec meti sur

x2 suppo acide humic. CESPEN N°2

1450

1 suppo le soir

Carboxylane

74.00

1 dose 10h 30

1 dose 17h

37990

Dr. EL MEKNASSI Abdelmajid  
 GASTRO-ENTÉROLOGUE  
 Agrogénéral en Médecine Interne  
 4, Avenue Idriss Lahrizi 1er Etage  
 2023719 CASABLANCA

محج ادريس لحرزي - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 20 87 19  
 4, Avenue Idriss Lahrizi - Casablanca - Tél.: 05 22 20 87 19

URGENCES :

حالات استعجالية

١١  
201100



مد البواسير كاسين  
قحاميل

14150

ضد البواسير كاسين  
قحاميل

14150

LOT: 132

EXP: 04-2027

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE

Boîte de 96 gélules (48 doses)

PPV 74.00 DH



6 118001 070893