

## 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 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° M21- 0061503

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32300 Société : R.A.M. 183855  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : EL IMAM EL ALAOUI Abdelaziz  
Date de naissance : 01.06.1947  
Adresse : 236 Bd Med V CASAB.  
Tél. : 0688841836 Total des frais engagés : 982,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Layla BENTAHILA  
- Médecine Générale -  
Argie Rue de STRASBOURG  
Cotissement le Comptoir Gu. Benidia  
Tél. : 05 22 30 34 10 - CASABLANCA

Date de consultation : 01 NOV 2023

Nom et prénom du malade : Yacine FATEH Age :

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

Nature de la maladie : ALD 2 - 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 : CASAB.

Le : 14/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
01 NOV 2023	ON		2000	<p>الدكتور ولي بن تهيلا</p> <p>Docteur LAÏB BENTAHILA</p> <p>- Médecin Généraliste -</p> <p>Angle rue de STRASBOURG</p> <p>Lotissement le Comptoir du Benjdia</p> <p>Tel: 05 22 31 34 10 CASABLANCA</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ARMACIE GRANA</p> <p>AHLOU NABIL Loubna</p> <p>ssment Médical Lot N° 39</p> <p>25 N° 27 - 29 - Casablanca 05 22 89 48 44</p>	01/11/2023	782,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

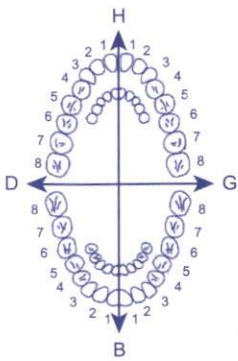
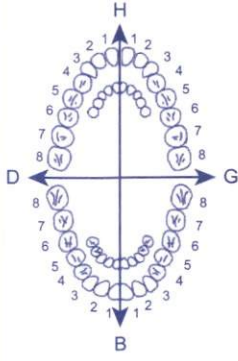
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[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

TEL. : 05 22.30.34.10

Casablanca, le ..... ، الدار البيضاء في .....

1. goal  
 $55.00 \times 2 = 110.00$

Amount kg  $\rightarrow$  vitamin  
serin

$$58,40 \times 2 = 116,80$$

~ Effred 20 cm

$$102,10 \times 2 = £04.20$$

2 Tabuher auser Molas

$$71,30 \times 2 = 142,60 \text{ lev}$$

✓ Tanah Keras  $\text{cm}^2$   
 $41.70 \times 2 = 83.40$  )  
 rater e

✓ Proceed now

$$62.50 \times 2 = 125.00$$

782.00

PHARMACIE GRANADA

LAHLOU NABIL Loubna

otissement Mesrine Lot. N° 39  
Rue 25 N° 27 - 51

Tel: 05 22 89 48 44

## الدكتورة ليلى بنتهيلة

الطب العام  
الفحص بالصدى

زاوية شارع محمد السادس  
حي الكنطوار - بن جديّة  
الدار البيضاء

الهاتف : 0522.30.34.10

**لاكتورة ليلى بنتهيلة**  
**Docteur Layla BENTAHILA**  
- Médecine Générale -  
Angle Rue de STASBOURG  
Lotissement Le Coudoir Qu. Benjdia  
Tél.: 05 22 30 34 10 / CASABLANCA

EL IN AM EL ACROVI 3230

PPV: 55,00 DH  
LOT: 650764  
PER: 08/24

PPV: 55,00 DH  
LOT: 651036  
PER: 08/24

- Amoxyl ②

EFFIPRED® 20 mg

EFFIPRED® 20 mg

PPV: 58DH40  
EXP: 08/2025  
LOT: 06025 5

PPV: 58DH40  
EXP: 03/2024  
LOT: 11035 5

- EFFIPRED ②

N° Lot: 1UW748  
Fab: 09/2021  
Per: 09/2024

N° Lot: 1UW748  
Fab: 09/2021  
Per: 09/2024

- Tabuner ②

PPV: 102,10 DH

PPV: 102,10 DH

71,30

71,30

- Profeined ②  
Tamaran

41,20

41,20

- Profeined ②

T 222711  
P 08 2025  
V 62,50  
62,50

T 220140  
P 08 2025  
V 62,50  
62,50

- Uripas ②

EV 1009087