

## 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 ALQ :

- 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° M20- 0008774

18.8666

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4892 Société : RAS

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : M J

Nom & Prénom : BENANI DOUBI

Date de naissance : 11-04-1952

Adresse : RIXAD JADHAR II N° 18 TARS A

STARPALEOU

Tél. : 06 61582510 Total des frais engagés : 761,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

09 NOV. 2023

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Youssef Raja Age : 55

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

Nature de la maladie : Cervicalgies

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 : Casablanca Le : 09 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



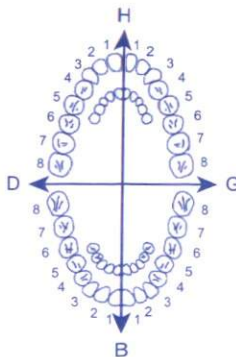
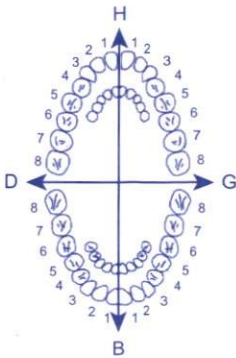
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE,  
D'ANGIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES

Dr Abdelouahab SEBBAN  
Spécialiste en Médecine Interne  
Angéiologue - Phlébologue

Marrakech le : 09/11/2023

*NOTE D'HONORAIRES*

*INP : 071126221*

Identité du patient : Mme CHLYEH Raja.

Actes médicaux : Consultation spécialisée.

Honoraires perçus : Quatre cents dirhams (400 MAD).

Marrakech le 09/11/2023

**Dr A. SEBBAN**



TP: 45300478; IF: 69104365; CNSS: 6400684; ICE: 001851326000044

91, Rue Mohamed El Beqal n° 6 – Marrakech – Guéliz – Tél : 05 24 43 15 02  
email : angiosebban@gmail.com

CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE, D'ANGIOLOGIE  
ET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES

Dr. Abdelouahab SEBBAN

Spécialiste en Médecine Interne  
Angéiologie - Phlébologie

- \* Diplômé de l'université de Bordeaux
- \* Explorations des Artères et des Veines
- \* Capillaroscopie - Sclérothérapie

الدكتور عبد الوهاب الصبان

اختصاصي في الطب الداخلي  
اختصاصي في أمراض الشرايين و الأوردة

- \* خريج جامعة بوردو
- \* تشخيص الشرايين و الأوردة
- \* فحص العروق الشعيرية



Marrakech le : 09 NOV. 2023

Mme AYLIEH Raja



27,00  
x 2  
= 54,00

Aliviar 50 = 1 gel, le soir  
2 btes

109,00

2. Flexanat herbal spray  
1 appl, le soir.

19,50  
x 3  
= 58,50

3. Livedox 100 000 = 1 amp a boire bis  
ls 2 mnrs a 6mnrs

140,00

4. Oedes 20 = 1 gel, 4 jers


361,50

PHARMACIE ALANDALOUS  
Itham DIRAS  
Pharmaciennae  
Mascara 1 AN° 85 - Marrakech  
Tél/Fax : 05 24 49 02 30



A3 ←  
Ged

Maphar  
B. Alkima N° 6, OI.  
S. Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 1/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH



5 118001 185030

