

## 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

- 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

M23- U021513

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSMAIL Hamid

Date de naissance : 20/02/85

Adresse :

Tél. : 0661664836 Total des frais engagés : 2032,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benoual Hamid Age :

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

Nature de la maladie : DTR + HTA

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 AVR. 2024

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.

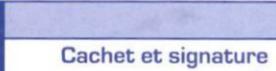
Fait à : CASABLANCA Le : 18/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/24	1612,10

[illegible]

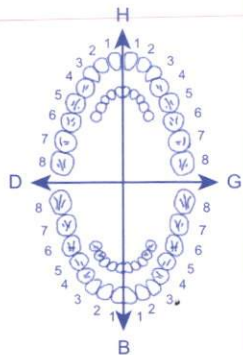
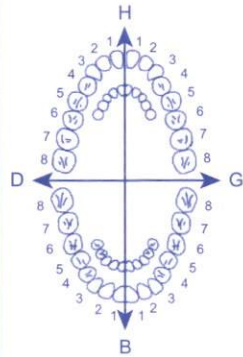
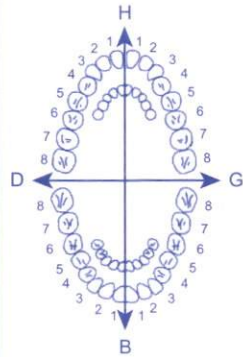
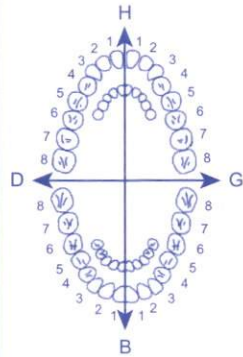
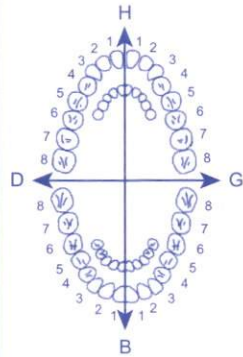
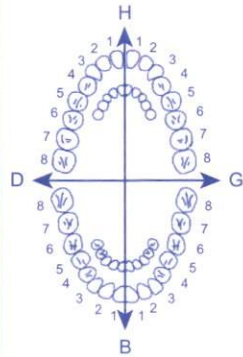
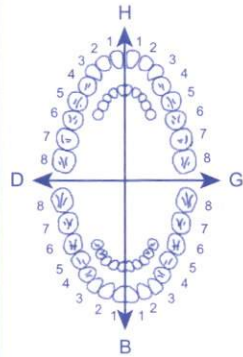
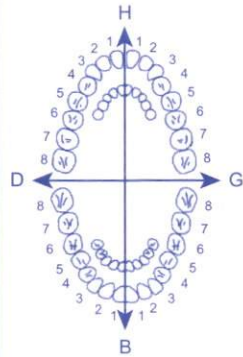
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 <p>WORLD COSMETIC 151 Bd. La République 3ème Etage N°16 - Caspase Atlantic N°16 - Caspase Atlantic</p>	18/03/2024					24000

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

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

الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)  
 دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الطبية - بوردو (فرنسا)  
 دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل  
 دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)  
 العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)  
 التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Dr. Ben Smith

559, 22

11 Node  $\times 30$  Flex  $\mu$

$$32 - 10 - 20$$

164.70. 13.

x2) Triple X 100% 100%

1612, 10

29 Don Schultz glycer

120,000 x 2

240000

WORLD COSMETIC  
151 Bd. de la Résistance 3ème Etage  
N° 18, Esplanade Atlantique  
Nantes

**PHARMACIE JAMAI**  
Ensemble Immobilier Al Firdaous  
GH15 Imm A 80 N°1 Oulfa  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel: 05 22 93 30 25  
ICE: 000500261000009

Utt = 3ms

  
 6 118001 130313  
**TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg**  
 30 comprimés pelliculés  
 PPV : 164,70 Dh  
 Servier Maroc - Casablanca

AMM-1-5017-D1Pc71-NMP  
802038010002

6 118001 130313

**TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg**  
30 comprimés pelliculés  
PPV : 164,70 Dh  
Servier Maroc - Casablanca

  
 6 118001 430313  
**TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/5 mg**  
 30 comprimés pelliculés  
 PPV : 164,70 Dh  
 Servier Maroc - Casablanca

[illegible]

