

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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                      | : <a href="mailto:contact@mupras.com">contact@mupras.com</a>   |
| 0 Prise en charge                  | : <a href="mailto:pec@mupras.com">pec@mupras.com</a>           |
| 0 Adhésion et changement de statut | : <a href="mailto:adhesion@mupras.com">adhesion@mupras.com</a> |

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 - Tel. 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

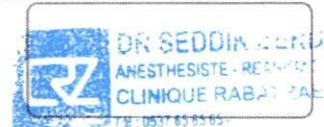


## Déclaration de Maladie

N° W19-567887

59361

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10773</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENKIRAN SIHA</u>			
Date de naissance : <u>14/11/1977</u>			
Adresse : <u>Avenne Bar Lacer villa Hajar Souissi</u>			
Tél. : <u>0668815991</u> Total des frais engagés : <u>927,40</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>09/11/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BENKIRAN SIHA</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : Rabat Le : 09/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : Sihem

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-567887
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	Date de dépôt : _____

RELEVE 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
09.11.2020 CS.			30000	DR SEBASTIEN VERRAUX INFP : 123456789 CLINIQUE : 100000000 TEL : 0537 55 55 55

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Bir Kacem avenue Bir Kacem BP 100 - Tél: 05 37 67 80 01	09/11/2020	227.10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHIRICUELE, Radiologue CHINMAYA SAI	09.11.20	Echo Abs.	60/100

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

— VOLET ADHERENT

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

مصحة  
الرباط زعير



CLINIQUE  
RABAT ZAERS

09/01/2020

n° BenKiran Sihem.

1- ~~Argentin~~ Sy

168,200  
1 sach x 2 Sy - 8

صباح  
2- Codolipine

Sy x 14

Pharmacie BIR KACEN  
Avenue Bir Kacem, Souissi  
Rabat - Tel: 05 37 65 88 21

371  
3- Ulptolerance

227,100  
Agel x 3

CLINIQUE RABAT ZAERS  
CLINIQUE RABAT ZAERS  
CLINIQUE RABAT ZAERS  
CLINIQUE RABAT ZAERS

PPV: 168.20 DH  
LOT: 644496  
PER: 11/21

Lot / رقم:  
Fab / صنع: 595  
02 2020

XP. / صالح لغاية: 02 2023  
BIOCODEX MAROC  
PPV 37.00 DH

PPV: 22 DH20  
PER: 05/22  
LOT: J1406

# CLINIQUE RABAT ZAERS

MEDICO - CHIRURGICALE  
AVENUE MOHAMED VI-RABAT  
Tél: 05 37 65 65 65 /Fax: 05 37 65 65 75

## F A C T U R E

N° 3 793 / 2020 du 09/11/2020

Nom patient	BENKIRAN SIHAM	Entrée 09/11/2020	Sortie 09/11/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00	cs	300,00	300,00
ECHOGRAPHIE ABDOMINALE	1,00	ECHO	400,00	400,00
			Sous-Total	700,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>700,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>700,00</b>
Arrêtée la présente facture à la somme de : SEPT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Chèque	Total encaissé	Solde
	700,00	700,00	0,00

Ref Chq : 6595188/



Nom du patient : MME BENKIRANE SIHAM

Rabat, le 09/11/2020

## COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE PARTIES MOLLES

RC : douleur fessière droite

Technique : exploration par une sonde linéaire superficielle

### Résultats :

- Présence au niveau des parties molles sous cutanées de la fesse droite , d'une petite collection liquidienne échogène hétérogène, mesurant environ 25x30mm, non vascularisée au doppler couleur , associée à une infiltration des parties molles sous cutanées adjacentes.
- Multiples calcifications sous cutanées en rapport avec des hématomes calcifiés au niveau des sites d'injection.

### Conclusion :

Aspect échographique en faveur d'un petit hématome sous cutanée des parties molles de la fesse droite .

DR S.KHNABA  
CORDIALEMENT