

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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

- 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](http://www.mupras.com)

66437

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013591

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

■ Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 07147 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Amel BADOURI Date de naissance : 19/11/1966

Adresse : 30, Rue Mamoun Thmor est Nassir

Tél. : 066239439 Total des frais engagés : 2024223 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/3/2021

Nom et prénom du malade : Amel Di Nek Age : 54

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie à l'Aspirine

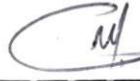
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 07/10/2021





## 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30.3.2011       | Ch                | 1                     | 2000                            |  |
| 5.4.2011        | Ch                | -                     | 0                               |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| PHARMACIE DE LA MOSQUEE                    |   | EXECUTION DES ORDONNANCES | Montant de la Facture |
|--|---|---------------------------|-----------------------|
| Docteur du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Dr. MAARIF<br>76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca<br>Tél: 05.22.98.87.73 | Date                      |                       |
| Docteur en Pharmacie                       | 30/03/21  | 223,60                    |                       |
| Docteur en Pharmacie                       | 05/04/21  | 545,50                    |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES              |  | Dents Traitées   | Nature des Soins          | Coefficient             |                         |
|------------------------------|--|--|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                              |  |  |                           |                         | Coefficient des travaux |
|                              |  |  |                           |                         | Montants des soins      |
|                              |  |  |                           |                         | Début d'exécution       |
|                              |  |  |                           |                         | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                           | Coefficient des travaux |                         |
|                              |  | H<br>25533412<br>00000000  | G<br>21433552<br>00000000 |                         |                         |
|                              |  | D<br>00000000<br>35533411  | B<br>00000000<br>11433553 |                         |                         |
|                              |  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           | Montants des soins      |                         |
|                              |  |  |                           |                         | Date du devis           |
|                              |  |  |                           |                         | Date de l'exécution     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERALE**

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة م حلفة لدى المحاكم

Nom : BADI DI Amal

Casablanca, le : 3.03.2024

1) Cahiped 20



PPV : 48DH50  
PER : 06-23  
LOT : J1626

48,50 x 29 = 145

2) Zyrtac



63,20

63,20 x 19 = 120

3) Topsyne gel



**TOPSYNE GEL**  
FLUOCINONIDE

25,50

25,50 x 19 = 485

4) Vitarexel forte



28,80

28,80 x 319 = 3815

**PHARMACIE DE LA MOSQUEE**  
Dr. NABIL  
Docteur en Pharmacie  
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca  
Tél: 05 22 98 42 73

Dr. KABBAJ BEN CHRIFF Noufissa  
Médecine Générale  
66 Rue d'Algérie  
Talha Maroc - Casablanca  
Tél: 05 22 98 42 73

T = 223,60

11. فضاء ماجوري، زنقة أبو حيان التوحيدي، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 28 07

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5ème étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)  
Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07

**Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

**MEDECINE GENERALE**

Expert Assermentée Prés des Tribunaux

الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

Nom : .....

Casablanca, le : 5-6-2021

Je saisis que, Dr KABBAJ  
BENCHERIF, est une Méde-  
cine générale possédant une  
assez grande expérience en  
médecine de l'espace

Dr.KABBAJ BENCHERIF Noufissa  
Faculté de Médecine de Rabat  
Tél: 0522 25 28 07

Nom: Abdellah Bel

Casablanca, le: 5.6.2021

1) Yafolciv 71,00  
71,00 1g arct de sd / 1m  
2) Piasclive 188,00x2 1geli sd 0,4  
188,00x2 1geli sd 0,4  
4) Cdc-plex MC 42,20 1 dose 30/30  
42,20 1 dose 30/30  
5) D-ane 56,30 1at m s 15 Jan  
56,30 1at m s 15 Jan

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS

6 118001 072644

PPV: 56,30 DHS  
LOT: 20K26D  
EXP: 11/2022

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa  
Médecine Générale  
Face au Marché du Maârif  
Tel: 0522 25 28 07

PHARMACIE DE LA MOSQUEE  
Dr. NABIL  
Docteur en Pharmacie  
16, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca  
Tél: 05 22 98 11 73