

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

- 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.

## Maladie :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 072290

ND: 78982

SN

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 539 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bekkari Camel Meol

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 04 1227 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ben abjuz Hakima Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ 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 :

Le : 26/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :





/veuillez fournir une facture

/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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		Montant des soins
	H		G																					
	25533412		21433552																					
00000000		00000000																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM: <u>BEKKARI Camel D.</u>	Mle <u>519</u>
<b>DECLARATION N°</b>		W16-061511	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<u>495,70</u>	<u>1</u>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>519</u>
Nom & Prénom <u>BEKKARI Camel D.</u>		
Fonction: <u>ChB</u>	Phones: <u>0664042207</u>	
Mail <u>Camel @ bekkari . com</u>		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>BENABDJUL HAKIMA.</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>18/05/21</u>
Nature de la maladie <u>Affection Digestive.</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>G</u>		<u>300</u>
<b>PHARMACIE</b> Date <u>12/05/21</u> Montant de la facture <u>195,70</u>		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date :		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date :		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

**Dr. H. S. SAKKAT**  
 Entérologue  
 3ème étage  
 Immeuble Commercial "El Hassan"  
 Casablanca - Tel.: 05 22 69 36 19

**Pharmacie EL ANADEL**  
 Mme H.T. EL ARAKI  
 Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
 Tél.: 022-38-64-38

# Docteur Salma SAKKAT

Spécialiste des Maladies  
de l'Appareil Digestif et du Foie  
Endoscopie Digestive - Echographie Abdominale  
Proctologie Médico-Chirurgicale  
Ancien interne du CHU de LYON  
Ancien interne du CHU de CASABLANCA



## الدكتورة سلمى السقاط

اختصاصية في أمراض  
الجهاز الهضمي و الكبد  
التشخيص بالمنظار والصدى  
أمراض وجراحة المخرج  
طبيبة داخلية بمستشفى ليون (فرنسا)  
ت. سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca le : 12 MAI 2021

Mme BENABDJIL HAKIMA

82.10 x2

1 - INEXIUM 20 (C.V.)

1 cpl 30 min avant le petit déjeuner.

31.50

2 - PYROSIX

1 cs x 315 1h après les repas.  
+ 1 cs avant le coucher en cas  
de besoin

195.70

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Rd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél : 022-38-54-38

Docteur H.S. SAKKAT  
Gastro - Endocrinologue  
Angle Rue D'Azemmour - 3ème étage  
Immeuble Comptoir - Hay Hassani  
(en face de Carrefour) - Casablanca  
Casablanca - Tél : 05 22 89 36 19

En cas d'urgence : 06 55 53 36 07 ou contacter la Clinique La Source - Tél : 05 22 20 14 40 / 41

Angle route d'Azemmour et Bd Sidi Abderrahmane, Seat près Immeuble B - 3ème étage N° 10,  
(en face Carrefour) Tramway Hay Hassani - Casablanca - Tél : 05 22 89 36 19 - GSM (RDV) : 06 70 99 80 99  
Patente : 35003869 - ICE : 001946363000083 - E-mail : sakkatsalma@yahoo.fr

