

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-686596

105 660

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8812 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TARHAL ABDERRAHMANE

Date de naissance : 14/11/66

Adresse : 52 Rue KOUTARA IBN MOUSLIM - Burger Apt. 13 - TANGI - CAS

Tél. : 0675592215 Total des frais engagés : 156,30 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Dalila BENLAHCENE  
Pédiatrie / Allergologue  
64, Rue Med. Al Asbdari Résidence Ihsane  
Bourgnone - Casablanca  
Tél : 05 22 20 69 91 / GSM : 06 61 32 72 51

Date de consultation : 14/12/2022

Nom et prénom du malade : TARHAL Med Chab Age : 23/11/97

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

Nature de la maladie : Aspire

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Le : 28 102 122

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



RELEVÉ 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
14/02 2022	consulte		franchit	INP : 28/1283846 Docteur Dalila BEN ANJONE Pédiatrie / Allergologie 04, rue Med. Al Asbdari - Casablanca Bourgogne - Casablanca Tél : 05 22 20 60 01 - 05 22 20 60 02

[illegible][illegible]

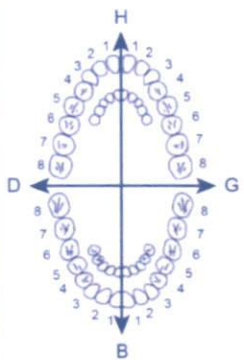
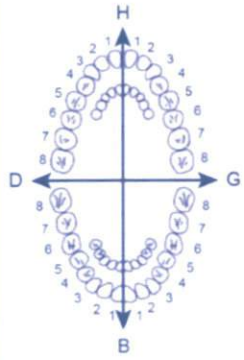
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>								
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>  <b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px;"></span>								
	<div style="margin-bottom: 10px;"><b>H</b></div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div><b>B</b></div>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# Docteur Dalila BENLAHCENE

**Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie**

Maladies des Enfants et des Nourrissons

Asthme, Allergies Dermatologiques et Alimentaires

## الدكتورة دليلة بنلحسن

اختصاصية في طب الأطفال والحساسية

أمراض الأطفال و الرضع

الضيق و الحساسية الجلدية و الغذائية

Casablanca, le : 14/02/2022

Tarkhali Med Chouaib

119,30

- Paracetamol 100 S.V

dosage n° 26 x 2/j

18,50

- Sulfur I S.V Statum  
9CH.

5 gr/j → 10 jours

18,50

- Kalium Sulfur S.V  
9CH

3 gr x 3/j → 05 j

T = 156,30

Docteur Dalila BENLAHCENE

Pédiatrie / Allergologue

64, Rue Med. Al Aabdari Résidence Ihsane

Bourgoigne - Casablanca

Tél : 05 22 20 89 91 / GSM : 06 61 32 72 51

64, Rue Med. Al Aabdari, Résidence Ihsane - Bourgoigne - Casablanca - Tél.: 05 22 20 89 91 - G.S.M. : 06 61 32 72 51



**sanofi-aventis Maroc**  
 Route de Rabat - R.P.1-  
 Ain Sebââ 20250 - Casablanca  
**OROKEN 100MG/5ML GR P OR FL40ML**  
**P.P.V. : 119DH30**



6 118001 080052

Enregistrement sans indications thérapeutiques  
 MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE **BOTTU SA**  
 EXP: 04/2025 LOT: E55980 Ain Sebââ, Casablanca  
 PPV: 18DH50 **Kalium sulfuricum 9ch**



3 40004 088167 FR/W

Enregistrement sans indications thérapeutiques  
 MEDICAMENT HOMEOPATHIQUE **BOTTU SA**  
 EXP: 01/2026 LOT: F50335 Ain Sebââ, Casablanca  
 PPV: 18DH50 **Sulfuriodatum 9ch**



3 400307 138166 FR/W