

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

#### **Conditions générales :**

- Conventions 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**

- O Réclamation : contact@mupras.com
  - O Prise en charge : pec@mupras.com
  - O 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

Nº W21-651836

836 (108919)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9101	Société :	Cas Aero SA
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZAMRANE Abdell-Ilah
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	17-02-1965		
Adresse :	18 rue Amsterdam Caso		
Tél. :	0661318826	Total des frais engagés :	717,20
Fax : 06 33 65 28 22			
Cadre réservé au Médecin			
<p style="text-align: center;">Dr Hanae Benabderrazik Spécialiste Pédiatrie</p> <p style="text-align: center;">476, Avenue Capital Bd. Abdellounement 106, B.P. N° 9 - 1er Etage</p> <p style="text-align: center;">Tél. 06 33 65 27 27 06 33 65 28 22</p> <p style="text-align: center;">Tél. 06 33 65 11 11</p> <p style="text-align: center;">Télé. 06 33 65 15 32</p> <p style="text-align: center;">Télé. 06 33 65 15 32</p>			
Cachet du médecin :	  		
Date de consultation :	Zamrane		
Nom et prénom du malade :	Zamrane		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" 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 p/confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

#### VIOLET ADHERENT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/12/2022	717,20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
INP : <input type="text"/>																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																		
	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552			00000000	D	00000000	00000000			35533411	B		11433553
	H	25533412	21433552															
			00000000															
	D	00000000	00000000															
			35533411															
	B		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'EXÉCUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

Cabinet



de pédiatrie

الدكتورة حنات بنخضرة بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خرسحة كلية الطب بليج (بلجيكا)

16/2/2022

ZARLANE Yunes

PHARMACIE LISBONNE NADIA

S.A.R.L. A.U.

Mme TAZI NADIA

18 Rue Abdeslam Khatabi - Casablanca

Tél 0522 83 02 75 - 0522 28 93 76

INPE: 092000298

79,90

① Augmentin

1 sachet

② 60,00 100/500

③ Enterosgel

69,00

④ Docicort

22,15

⑤ Biprofen

27,45

⑥ 24 grhee

58,00

⑦ Elliptred

16/2/2022  
Casablanca, le -  
Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Pediatric Specialist Cabinet Bd. Abdelloumen  
416, Anoual Capital center Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11  
Fax: 05 22 86 15 32 - Tél: 06 22 86 37 27 - Entrée: 06 63 05 28 77  
Angle Bd. Anoual Entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage  
Cabinet: 06 59 93 11 11

416، كابطال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - بالموعد .

416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11

— benkhadrahanan@gmail.com — المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Sur rendez-vous —

122,50

PPV (DH) :

Lot N° :

UT. AV :

**BRUFEN®**

LOT: 210739

DLLUD: 12/2024

69,00DH

pediatrique

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sébaâ 20250 - Casablanca

ENTEROGERMINA SUSP OR FLSML B10

P.P.V. : 60DH00



6 118001 081653

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1

Ain Sébaâ Casablanca

Enterofermina 4 milliards

susp b 10ml 5 ml

P.P.V. 100,00 DH



6 118001 082216

PPU: 79,90 DH  
LOT: 645504  
PER: 05/22

EFFIPRED 20 mg

PPU 58DH40

EXP 10/2022

LOT 98025 1

PPV : 27.40 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA