

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse dentaire :

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  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0052583

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7649 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BOULBLAH RACHID  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0668783299 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/03/2022  
Nom et prénom du malade : BOULBLAH Mohamed Age: 10  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Epilepsie Bilatérale  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : TRAUMATISME  
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

Le : 05/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

DR. DORRAH BENZAKOUR-KHDEL  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
7, Rue Mohamed Dibout - Casa  
Tél. : 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41



# 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
05/03/22	C3	1	300 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BENABDERRAHMANE - Casa Bd 7 Tél: 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41	05/03/22	27,5

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. BENABDERRAHMANE - Casa Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue 7, Rue Mohammed VI - Casa Tél: 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41	05/03/22	2yo x 2	250 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

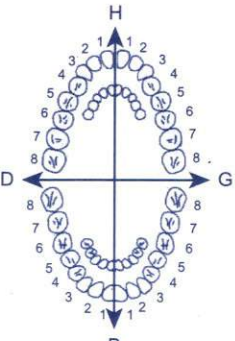
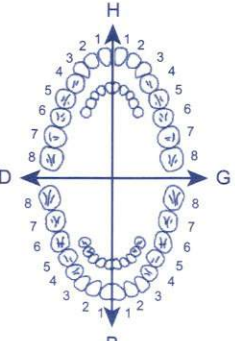
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL**

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Podologie - Arthroscopie

الدكتور دريد بنزاكور كنيدل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكرونويل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le **05/03/2022**

**Enfant BOULBLAH MOHAMED**  
**COMPTE RENDU+FACTURE**

**Radiographie du genou gauche.**  
**Face + Profil**

**Z10x2**

**250 DH**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
**DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS T.T.C**

**Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL**  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
7, Rue Mohamed DIOURI - Casa  
Tél: 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41

7. زنقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 45 05 05 : الهاتف - Urgence: 06 61 20 09 41 : المستعجلات

ICE : 001809928000059



# Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Diplômé de l'Université de Grenoble

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France

Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc

Traumatologie du Sport

Rodologie - Arthroscopie

# الدكتور دريد بنزاكور كنيديل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج جامعة الطب بكرونويل

جراح سابقا بمستشفيات فرنسا

جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الآفات الرياضية - أمراض الرجل

الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le

05.03.2022

Eaf BOULBLAH Mohamed

27.2

① Trafan 100



27,00  
27/11



D. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
7, Rue Mohamed DIOURI - Casa  
Tél: 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41

7. زنقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

Tél. : 05 22 45 05 05 : الهاتف - Urgence : 06 61 20 09 41 : المستعجلات

ICE : 001809928000059