

# 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 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

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



# Déclaration de Maladie

N° W21-702867

par courriel

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie            | <input type="checkbox"/> Dentaire           | <input type="checkbox"/> Optique                |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                         |   |   |
| Matricule : <u>16773</u>                               | Société : <u>RAN</u>                        | <input type="checkbox"/> Autres : <u>112823</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif              | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)       | <input type="checkbox"/> Autre :                |
| Nom & Prénom : <u>BENKIRAN SIHAN</u>                   |   |   |
| Date de naissance : <u>14/11/1977</u>                  |   |   |
| Adresse : <u>AV. BIR KAREN VILLA HAJAR SOUDI RABAT</u> |   |   |
| Tél. : <u>0668 81 59 91</u>                            | Total des frais engagés : <u>537,60</u> Dhs |   |

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                 |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                 |
| Date de consultation : <u>04/04/92</u>  | Age : <u>44</u>                   |                                 |
| Nom et prénom du malade : <u>Benkiran Sihau</u>   |                                   |                                 |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même  | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <u>OTAL GIE</u>  |                                   |                                 |
| 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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/04/2022

|  |               |
|--|---------------|
| VOLET ADHERENT   |               |
| Déclaration de maladie   | N° W21-702867 |
| Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.<br>Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |               |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).  |               |
| Matricule :  |               |
| Nom de l'adhérent(e) :   |               |
| Total des frais engagés :  |               |
| Date de dépôt :  |               |

| ANALYSES - RADIOPHYSIES  |          |                              |                        |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <p>Qualité : <i>bonne</i></p> <p>Ref. : 05 37 21 25 00</p> <p>Prise : 30-04-1982</p> <p>Sign. : <i>Alain Alzouma</i></p> <p>Prise : 30-04-1982</p> <p>Sign. : <i>Alain Alzouma</i></p> | 30/04/82 | 136                          | 40000                  |

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

— VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|--|--|--|-------------|--|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                 |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  | Dents Traitées   | Nature des Soins                             | Coefficient | INP : <input type="text"/>               |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
| <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |  |             | H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  | 25533412                                     | 21433552    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  | D  | 00000000                                     | 00000000    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  | B  | 35533411                                     | 11433553    |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  | G  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  | <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>       |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |
|  |  |  |             |  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |  |

LOT 210579  
EXP 12/2023  
PPV 52.80DH

OEDES 20mg

14 gélules



6118001100071

LOT 2104  
PER 3/24  
8482

DOCTEUR ALI CHRAIBI  
CABINET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
RESIDENCE TARFAYA RUE BENGHAZI

00212537701621

chraibiali\_ma@yahoo.fr

INP 101042679 PATENTE 25111809

CNSS 2131514

ICE 002083068000092

10000 RABAT MAROC

Le 07/04/2022, Madame BENKIRANE Siham

BREXIN 1 BOITE

1 CP AU MILIEU DU FTOUR 10 JOURS

2-OEDES

1 AVANT LE FTOUR 10 JOURS

A REVOIR DANS 10 JOURS SUR RENDEZ-VOUS AU  
0537701621 POUR CONTROLE.

Pharmacie BREKACHE  
22 Bd de la Kasbah  
Télé: 05 37 15 38 22

Dr. ALI CHRAIBI  
Spécialiste ORL  
1, Rue Benghazi - 10959  
RABAT

RABAT, le 04 Avril 2022

Nom patient : BENKIRAN SIHAM

Né(e) le 14 Novembre 1977

N° Dossier : 22001360 Identifiant : F-22-02-0151-045

Médecin traitant : DR.A. CHRAIBI

EXAMEN(S) REALISE(S) : RADIOGRAPHIES DES ARTICULATIONS TEMPORO-MANDIBULAIRES  
(BOUCHE OUVERTE ET BOUCHE FERMEE)

ATM droite et gauche :

Bouche fermée :

- Parfaite congruence des surfaces articulaires osseuses qui apparaissent homogènes, sans image d'irrégularité corticale.
- Respect de l'interligne articulaire

Bouche ouverte :

- Position normale du condyle mandibulaire lors de la course mandibulaire.

Conclusion :

- > Radiographie des ATM sans particularités ce jour.

Cordialement  
**DR IDRISI HIND**

DOCTEUR ALI CHRAIBI  
CABINET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
RESIDENCE TARFAYA RUE BENGHAZI

00212537701621

chraibiali\_ma@yahoo.fr  
INP 101042679 PATENTE 25111809  
CNSS 2131514  
ICE 002083068000092  
10000 RABAT MAROC

Le 04/04/2022, Madame BENKIRANE Siham

RADIOGRAPHIE ARTICULATION TEMPORO-MANDIBULAIRE

1-BOUCHE OUVERTE

2-BOUCHE FERMEE

PATIENTE PRESENTANT UNE OTALGIE GAUCHE  
UNIQUEMENT A LA MASTICATION

D. A. CHRAIBI  
Spécialiste ORL  
1, Rue Benghazi - 10000 RABAT  
Tel : 0521 272500

06/04/2022

RADIOLOGIE AL MACHLINE  
1, Rue Al Makhlinia (Angle 27, Avenue) 10000  
Quartier Hassan II - Rabat  
Tel.: 0521 272500

M U P R A S

N° Admission : 22001360 N° Facture : 22001319 Date facturation : 04/04/2022

Nom et prénom du patient : Mme BENKIRAN SIHAM

| PRESTATIONS                                 | Nombre | Prix unitaire | Montant          |
|---|--------|---------------|------------------|
| RX 2ARTICULATION TEMPOROMAXILLAIRE<br>BO/BF | 1.00   | 400.00        | 400.00           |
| Sous-Total                                  |        |               | <b>400.00 DH</b> |

arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre cents dirhams

Total : **400.00 DH**

|            |                |                  |           |
|------------|----------------|------------------|-----------|
| Adhérent : | SIHAM BENKIRAN | Part organisme : | 0.00 DH   |
| Mle :      |                | Part patient :   | 400.00 DH |
| PC N° :    |                |                  |           |

