

## 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° W21-709722

115593

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2598 Société : 2598

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAISSA HASSAN

Date de naissance : 07/11/63

Adresse : 11, bd. Moulay

Tél. : 069 25 99 27 Total des frais engagés : 2001816,54/6

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE-PROCTOLOGIE  
Bd. Oum Rabi' Kés. Al Firdaus Imm. L 30  
2ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél 05 22 90 05 22/06 61 51 22 34

Date de consultation : 04/05/2022

Nom et prénom du malade : BENAISSA HASSAN Age :

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

Nature de la maladie : Trouble digestif

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'att. 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.

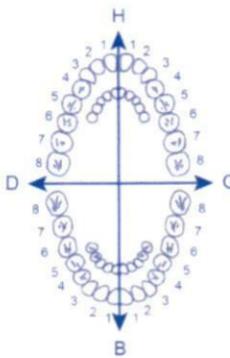
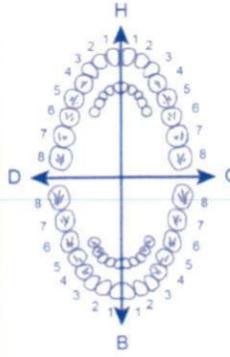
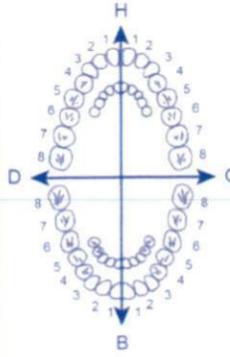
Fait à : CASABLANCA Le : 04/05/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d'occlusion.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 20px;"></table>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-block; width: 80px; height: 40px;"></table>															
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-block; width: 80px; height: 40px;"></table>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <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 colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</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> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-block; width: 80px; height: 40px;"></table>	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D ————— G																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b>              Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		
					MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-block; width: 80px; height: 40px;"></table>														
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-block; width: 80px; height: 40px;"></table>															
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-block; width: 80px; height: 40px;"></table>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Rachida BENSCHRI

Hépto - Gastro  
Entérologie - Proctologie  
(Hémorroïdes - Fistule)



الدكتورة رشيدة بن سكري

اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة البواسير  
 وأمراض المخرج

**Suppositoires**

PPV 14.50 DH  
LOT F062 PER 07/23

Suppositoires

Casablanca, le :

04/05/22

14.50 x 3

- 14.50

39.80

68.60

37.00

102.70

1 - 311.60

Dr. Rachida BENSCHRI  
Hépto-Gas - Entérologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm. L 30  
2ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Dr. Rachida BENSCHRI  
Hépto-Gas - Entérologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm. L 30  
2ème Etage Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Pha  
Dr. Ben  
102, Bd. Oued Sebou  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm L 30 - 2ème Etage - Oulfa  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

هيئات

قرص 20

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

39.80 DH  
Lot: X327C  
Per: 11-2024

هيئات

قرص 40

A consommer de  
préférence avant fin :  
Lot n°

58.60 DH  
1/2024  
X327C

DUOXOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés  
عقار 20 قرصا

37.00

102.70

14,59