

# 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° M21- 064001

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8735 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLAOUI Amin

Date de naissance : 3-7-67

Adresse : 121 melarache cil CAS A 2021

Tél. : 0661322199 Total des frais engagés : 605,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26-05-2022

Nom et prénom du malade : AL HAFIANE epHani Age : 45ans

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

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : Casablanca Le : 24/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
26.05.2022	Consultation Echographie		400,-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/05/2022	205,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

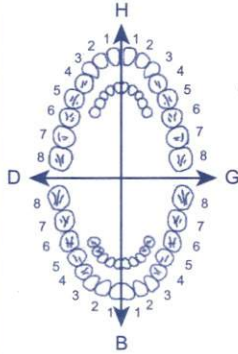
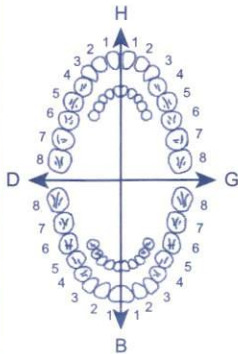
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Amina BENDAHMAN**

**Spécialiste en gynécologie-obstétrique**

Suivi de grossesse - Accouchement  
Stérilité du couple - Echographie - Diagnostic prénatal  
Chirurgie gynécologique  
Colposcopie - Hystérocopie - Coeliochirurgie  
Maladie et chirurgie du sein  
Ancien médecin chef du centre de dépistage  
du cancer du sein et du col - El Fida -

**الدكتورة أمينة بندحمان**  
**اختصاصية في امراض النساء و التوليد**

مراقبة الحمل - الولادة  
العقم عند الزوجين - الفحص بالصدى  
الجراحة النسائية والجراحة بالمنظار  
تنظير عنق الرحم  
امراض و جراحة الثدي  
طبيبة رئيسية سابقا للمركز المرجعي لمحاربة سرطان الثدي  
وعنق الرحم - الغداء -



26/05/2022  
Casablanca Le :

N° Ordonnance : 797/2022

Madame AL HAFIANE EP SLAOUI HASNA

20,40

1) METEOSPASYL (GEL)

1 cp matin, midi et soir

44,90

2) SPASMOPRIV 200

1 cp matin, midi et soir

99,00

3) PRODEFEN SACHET

1 SACHET /J

21,00

4) LIBRAX (CP)

1-0-1

5) Bourget

205,30

**METEOSPASYL® B 20 caps molles**  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

44,90  
P.P.V. : 44,90  
P.P.V. : 44,90  
P.P.V. : 44,90

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot : 121514  
Date de Fab : 09.2021  
Date de Per : 09.2023  
PPC : 99 Dhs

Pharmacie El Bouchra  
Route Nationale 302 Station Petromin  
Lmharza Sahel - El Jadida  
Gsm: 06 33 83 04 84

LOT:22032 PER:03/2025  
PPV:21.00 DH

Bd Oum Rabii - Rés. Abouab Oum Rabii - Imm.C étage 3 App.9 - CASABLANCA

05 22 91 02 02 - 06 61 41 44 44 bendahmangyn@gmail.com



**Dr Amina BENDAHMAN**

**Spécialiste en gynécologie-obstétrique**

Suivi de grossesse - Accouchement

Stérilité du couple - Echographie - Diagnostic prénatal

Chirurgie gynécologique

Colposcopie - Hystéroscopie - Coeliochirurgie

Maladie et chirurgie du sein

Ancien médecin chef du centre de dépistage

du cancer du sein et du col - El Fida -



**المكتوبة أمينة بندحمان**  
**إخصائية في أمراض النساء و التوليد**

مراقبة الحمل - الولادة

العقم عند الزوجين - الفحص بالصدى

الجراحة النسائية والجراحة بالمنظار

تنظير عنق الرحم

أمراض و جراحة الثدي

طبيبة رئيسية سابقا للمركز المرجعي لمحاربة سرطان الثدي

وعنق الرحم - الفداء -

Casablanca Le : 26 - 05 - 22

**Facture**

N° Facture

Date de facture

2022/1313

26/05/2022

**Patient**

AL HAFIANE EP SLAOUI HASNA

Désignation Acte	Tarif Acte
Consultation	200,00
ECHO	200,00
<b>TOTAL TTC</b>	<b>400,00</b>

**Arrêtée la présente facture toute taxe comprise à la somme de :**

quatre cents Dirhams et zéro Centimes

Bd Oum Rabii - Rés. Abouab Oum Rabii - Imm.C étage 3 App.9 - CASABLANCA

☎ 05 22 91 02 02 - 06 61 41 44 44 📧 bendahmangyn@gmail.com

