

## 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

- Reclamation : 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° W21-726409

226421

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959

Adresse : Residence Uymaia Apt 44 Lucie H445  
Hay Uymaia Casablanca

Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 357,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/08/2022

Nom et prénom du malade :

Boutiba Camilia

Age : 21 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Maladie gastro-intestinale

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 : 10/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

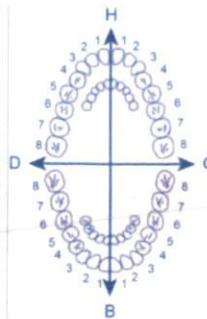
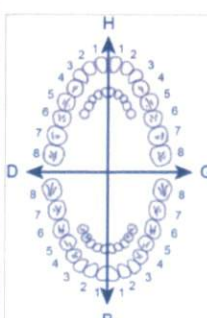
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
10/08/22	C		250,00	INP : 061288142

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TILILA Voie d'Aménagement H.H 47 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél : 05 22 93 86 84 - Fax : 05 22 93 87 15 ICE : 01551566000078 - IF: 40155060	10/08/22	104,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553				
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction]											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									



# Dr BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépatogastro-entérologie  
et proctologie  
Endoscopie digestive  
Echographie abdominale  
Lauréate de la faculté  
de médecine - Casablanca  
Ancienne médecin au CHU Ibn Rochd



## د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي  
الكبد والشرج  
المنظار الداخلي للمعدة والقولون  
الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

### ORDONNANCE

Casablanca, le 10/08/22

M<sup>re</sup> Comita Boutiba

74,80

1/ Spectrum 500 mg cp



74,80

1 cp x 2/jr polt 10 jrs

33,00

2/ 17 us fon 80 mg cp



LOT: M0713  
PER: 02/2025  
PPV: 33,00DH

1 cp x 3/jr

20 mg ge f

1 ge f/jr à jeun polt 14 jrs

PHARMACIE TILILA  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15

107,80

PHARMACIE TILILA  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H  
Hay Laymoune - Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

BENZZINE A  
c/o Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca  
Sidi Maarouf - Casablanca

مكاتب بانوراما، شارع ابوبكر الكادري، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدي معروف - الدار البيضاء  
Complexe Panorama Bd Abou Bakr El Kadiri GH 03 IMM 13 2<sup>ème</sup> étage Bureau N° 8  
Sidi Maarouf - Casablanca - Tél: 05 22 97 60 09 - E-mail: amina.benzzine@gmail.com