

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° W21-726409

26/02

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : G272

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTIBA HASSAN

Date de naissance :

26/06/1959

Adresse :

Rond Point Lyautey "A" Appart 4 Avenue Hassan II
Casablanca

Télé. : 06 88 11 86 23

Total des frais engagés : 357,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 10/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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
10/08/92	CD		250,00 250,00	INP : 061288452 Signature : Dr Gérard Bégin Date : 10/08/92

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE TILILA Voie d'Aménagement HH 47 N°H Hay Laymoune - Hay Hassani 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15 E: 00155156600078 - IF: 40155060	10/08/2022	10780

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

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.															
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>										
					FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		D	25533412 21433552	00000000 00000000		G		B	35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
H															
D	25533412 21433552														
00000000 00000000															
G															
B	35533411 11433553														
					MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>										

Dr BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépato-gastro-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
المنتظر الداخلي للمعدة والقولون
الفحص بالصدري

ORDONNANCE

Casablanca, le 10/08/22

H² Comitie Bentiboa

74,80

1/ Spectrum 500 myc/s **A.S.** 74.80

33,00

2/17 was for 80 mg ip

S.V.

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

$$1 \text{ cp} \times 3 / \text{Jr}$$

~~PHARMACIE TILILA~~

CEIE T
benben HH 4/
Hay Hassan
22.93.87 13
cr 20 my gef

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

مكتب بانوراما، شارع ابوبكر القادياني، مجموعة 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدى معروف - الدارالبيضاء

Complexe Panorama Bd Abou Bakr El Kadiri GH 03 IMM 13 2^{ème} étage Bureau N° 8
Sidi Maarouf - Casablanca - Tél : 05 22 97 60 09 - E-mail : amina.benzzine@gmail.com