

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0056173

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005 Société : RAT (Retraites)  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AGOUMI EL Mostafa 196990  
 Date de naissance : 11 mars 1951  
 Adresse : Habituée  
 Tél. : 0666962276 Total des frais engagés : 490,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.08.2022  
 Nom et prénom du malade : AGOUMI EL Mostafa Age :  
 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 : 25 / 08 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

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
15/08/22	CS		300,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA CASABLANCA 1016, Hay Fatch Rue 6 N° 9 Lot 64 Casablanca - Tél: 0622 93 10 29	15/08/22	190,10

### 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> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 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 15/08/22

M<sup>r</sup> EP Testa fu Agouni

1/ Antecor 20mg gel  
52,80

AMM N° : 569/17 CMP/21/NRQ  
LOT : 22042  
PER : 11/2024  
PPV : 52,80 DH

1 gel/jr polt 14 jrs à jeun

LOT : 7828  
UT. AV : 03 - 24  
P.P.V : 29 DH 00

1 gelum sirop

29,00

1 cts x 3/jr avant repas

STEPHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lotte. Hazi 10 - 21 Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 70 28

3/ Argo sirop  
30,50

1 cts x 3/jr après repas et au coucher

4/ Tufon 80mg cp  
33,00  
1 cp x 3/jr

LOT : 7001  
UT. AV : 02 - 25  
P.P.V : 30 DH 50

LOT : M0766  
PER : 04/2025  
PPV : 33,00 DH

S/ Carbosylane gcp  
44,80

1 dose x 3/jr

190,10

Laboratoires SOTHEMA  
CARBOSYLANE  
Boîte de 48 gélules (24 doses)  
PPV 44.80 DH  
6 118001 070886

STEPHARMACIE HAMZA  
CASABLANCA  
Lot. Haj - 11 Rue 9 N°3 Lot. 44  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 20

Dr. BENZ  
Gastro-entérologie  
Complexe, Panoramic  
GH 03, Imm. 12, 1<sup>er</sup> étage, Bureau 12  
Sidi Maârouf, Casablanca - Tél: 05 20 20 20