

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAJAJI

Abdelaziz-

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 32 52 56

Total des frais engagés :

501 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/09/2022

Nom et prénom du malade : ARRAS SANAA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 29/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## Déclaration de Maladie

M22- 0008428

135252

Autorisation CNDP N° : AA-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
29/09/2011	CS		300	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SIDIR MAAROUF ICE : 001681692000016 IF : 40606866 - TP : 36159885 CNSS : 986124 - RC : 410236	B 150	201 DR	LABORATOIRE SIDIR MAAROUF ICE : 001681692000016 IF : 40606866 - TP : 36159885 CNSS : 986124 - RC : 410236

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Meriem BENCHEIKH

SPECIALISTE

EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

- Accouchement
- Chirurgie Gynécologique
- Chirurgie des Cancers
- Chirurgie du Sein
- Coelioscopie
- Echographie
- Colposcopie -Hysteroscopie
- Infertilité du couple



الدكتورة مريم بنشيخ

اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

- أمراض الحمل والولادة
- جراحة أمراض النساء
- جراحة السرطان
- جراحة الثدي
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالمنظار الداخلي
- علاج عقم الزوجين

Le : .....

29 Septembre 2022

**Mme ARRAS SANAA**

ECBU

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
N°: 001681-322000016  
T: 006598855-124-RC-410236  
CNS: 9886124-RC-410236  
T: 006598855-124-RC-410236

BENCHEIKH  
Obstetrics and Gynecology  
Sidi Maatrouf  
Tunis - Tunisia  
Tel: 00216 33 33 24

*Laboratoire d'Analyses Médicales*  
Sidi Maarouf

**Facture**

Casablanca, le 29/09/2022

Dossier N°: 290922-072 du: 29/09/2022

Médecin Dr : BENCHEIKH MERIEM

Patient :Mme ARRAS Sanaa

Analyse	Valeur en B	Montant
ECBU+/-ATB	150	201,00

Montant de prélèvement : 0,00  
Total en dirhams à payer: 201,00

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
ICE : 001681792000016  
IF : 40606866 NIP : 36159885  
CNSS : 986124 - RC : 410236

