

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22- 0008428

135252

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : .....

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BENJATI Abdelaziz

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0641325256 Total des frais engagés : 501,1 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 29/09/2022

Nom et prénom du malade : MURRAS SANAA Age : .....

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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) : .....



# 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
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 SID MAAROUF ICE : 001681692000016 IF : 406068866 - TP : 36159885 CNSS : 986124 - RC : 410236	2011	201	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

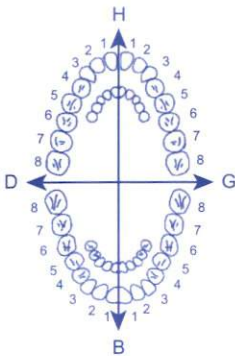
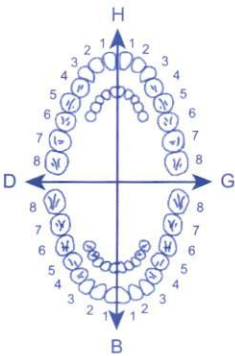
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	<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. 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 بالصدى
- الفحص بالمنظار الداخلي
- علاج عقم الزوجين

Le : .....

29 Septembre 2022

Mme ARRAS SANAA

ECBU

LABORATOIRE SITI MAROUF  
IF : 406068865 - TP : 30159885  
CNS : 986124 - RC : 410236  
MARIE BENCHEIKH  
SPECIALISTE  
EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE  
Siti Marouf  
Sidi Marouf  
33 54 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 : 001681/92000016  
IF : 40606866 - TP : 36159885  
CNSS : 986124 - RC : 410236





Dr. Ghizlane HADDIOUI  
Médecin Biologiste

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF  
Bactériologie - Biochimie - Hematologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca, le 30/09/2022  
Code Patient : 22-02541

**Compte rendu d'analyses**

Dossier N° : 290922-072 Pvt du: 29/09/2022 17:46

Nom : Mme ARRAS Sanaa

Demandé par Dr : BENCHEIKH MERIEM



Page : 1/3

**ANALYSES BACTERIOLOGIQUES**

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Type du Prélèvement : Urines 2ème jet  
Aspect des urines : Clair

EXAMEN CHIMIQUE

SANG : Négatif  
Albumine : Négative  
PH : 6

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : 10000 /ml ( Inférieur à 10000 )  
Hématies : <1000 /ml ( Inférieur à 10000 )  
CELLULES EPITHELIALES : Absence  
Cristaux : Absence  
Cylindres : Absence  
LEVURES : Absence  
Trichomonas vaginalis : Absence

**Examen direct après coloration de GRAM**

Bacilles gram négatif : Absence  
Cocci gram positif : Absence

CULTURES

CULTURE : STERILE

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
Dr. G. HADDIOUI  
Médecin Biologiste  
Rd Pt Sidi Maarouf Casablanca  
Tél : 0522 33 52 09 / 0668 15 24 24  
Fax : 0522 33 52 71