

## 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



## Declaration de Maladie

N° W21-761118

244431

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bougaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Ras Firdaous Apt 07 Gtg 02 INB8 oufpa case

Tél. : 0602467656 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Rachida BENSCHRI  
Hépatogastro-entérologie-Proctologie  
Bd. Oued Firdaous Imm L30  
2ème Etage Oued Firdaous Casablanca  
Tél : 05 22 00 05 11 / 06 61 51 134

Date de consultation : 31/10/2019

Nom et prénom du malade : BOUGADDOU Fatima

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

Nature de la maladie : Incapacité digestive

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.

Le : / /

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
31/10/22	(4)		500 DH	Dr. Rachida Firdaous Imr L30 Néato-Castro entérologie-Proctologie Cabinet Rés. Firdaous Imr L30 2ème Etage Oulad - Casablanca 05 22 09 05 1/06 61 51 22 34

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. Rachida Firdaous Imr L30 Néato-Castro entérologie-Proctologie Cabinet Rés. Firdaous Imr L30 2ème Etage Oulad - Casablanca 05 22 09 05 1/06 61 51 22 34	31/10/22	500.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

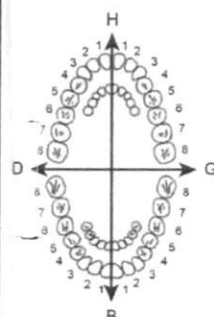
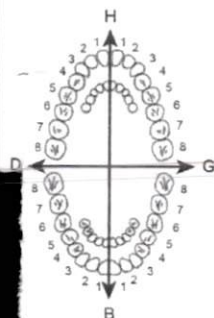
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
			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



بن سكري

Laboratoire  
AXESS PHARMA  
Lot N° 67 Zone Industrielle Sahn Had Soualem, Me 06

Autorisation ministérielle N°:  
DA209171704245DMP/20UCA/MAV2  
PPC : 270,00 DH



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة اليواسير  
وأعراض المخرج

Dr. Rachida BENSCHRI  
Hépatogastro-entérologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm L30  
2ème Etage Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

SP

Casablanca, le :

Ben GADDA

270.00 / 3.1

pr - 2

SV

240.00

Shouler

1/2 pr - 1/2

510.00

SV

Dula

pr - 1/2

Mapha  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH

6 118001 184989

Dr. Rachida BENSCHRI  
Hépatogastro-entérologie-Proctologie  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm L30  
2ème Etage Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. T. EL ABDELAZIZ  
Tél : 05 22 90 24 67 - CASA