

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

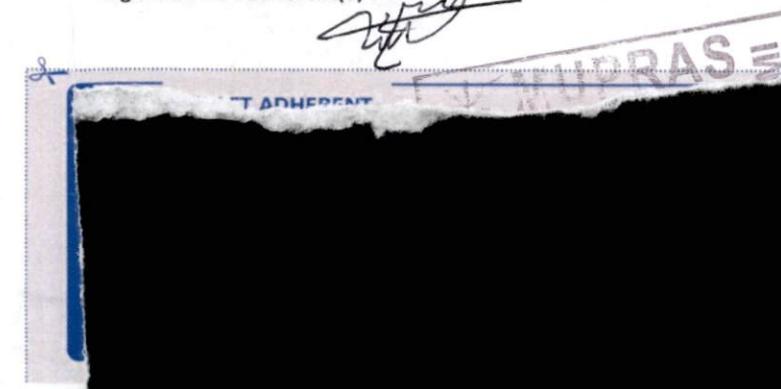
## Déclaration de Maladie

N° W21-817353



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11460	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KANBOU NABIL
Nom & Prénom : KANBOU NABIL			
Date de naissance : 12-03-75			
Adresse : N° 38, Rue 3, Quer TONSRA, OULFA CASA			
Tél. : 0661, 05, 21, 35		Total des frais engagés : 494,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Benslimane Hajar Médecin Généraliste - Allergologue Rés. Rad Garden Hm 2 Bd Layouni Casablanca - Tel. : 05 22 69 20 13			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/12/2023			
Nom et prénom du malade : Amine Masnane			
Lien de parenté : R			
Nature de la maladie : Sy. A			
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 : ASR			
Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 15/01/24			



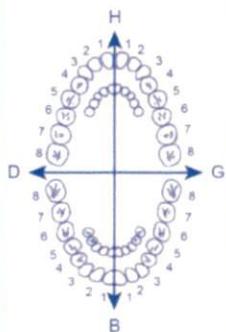
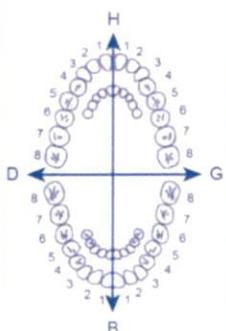
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
04/12/23	C		220.05	INP : 09/11/97673  Dr. Benslimane Hajar Médecin Généraliste - Allergologue Rés. Riad Garden, Imme 2, Bd Layouni Casablanca. Tel. 05 22 69 20 13

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MARAM Dr. DERIAZIZA Résidence Youssra, Lot 112 Zouhour CASABLANCA	04/12/23	294.65

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
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	
		AM	PC	IM	IV

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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
			<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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. Hajar BENSLIMANE

## **Allergologue – Omnipraticienne**

Diplômée en Allergologie de la faculté de Montpellier  
Diplômée en Diabétologie de la faculté de Rabat



Asthme, Rhino-conjonctivite  
Allergie alimentaire  
Allergie médicamenteuse  
Urticaire, Eczéma  
Tests allergologiques  
Exploration fonctionnelle  
Désensibilisation spécifique  
Prise en charge et suivis  
Médecine générale

P P V 14 DH 60  
P E R 08 / 26  
L S T M 27 89

Casablanca, le : 04.11.2023

Patient (e) : Annie Hasnay

14,60

11.6.3  
Dipora 15 cp elversch 70

$$148 \times 21j \times 02j$$

51.9°

Alvaro cp 15  $15 \times 15$  le soir.

119. 10

his son on his son's  
adventures

69.30

6) Docimax sin p

4425 ~~4425~~  $\times 5$   $\downarrow$

- Efflorescence

$$(0.5) \quad \frac{140^{\circ} \text{C}}{\text{DHAP}} \times 57$$

$$- \text{efficiency} \frac{20}{30\%} \text{ is } 66\%$$

37 PHARMACIE MARAM  
Dr. DERI AZIZA  
Tisslement Youssra, Lot 115  
Zoubir CASABLANCA  
0524 22 22 22

$$\text{D} \text{ Cure } \frac{25000}{\text{dop} \times 2} \text{ sec}$$

150°

De Benslimane Hajar  
Médecin Généraliste - Allergologue  
Res. Riad Garden, 1imm 2, Bd Layouni  
Casablanca. Tel 105 22 69 20 73

Résidence Riad Garden, imm 2, Apt 7, bd Laymoun, lot Youssra, Zoubir-Oulfa, Casablanca  
Tél : 05 22 69 20 13 / 06 16 41 80 74