

## 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

## Déclaration de Maladie

N° W21-652014



199807

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 262	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : RAT 2017	
Nom & Prénom : BENARABE Abdellah			
Date de naissance : 14/08/1938 à Casablanca			
Adresse : 47, HAY ARAHA CASABLANCA			
Tél. : 070 95 88 47	Total des frais engagés : 270,40 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : / /		
Nom et prénom du malade : / /		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : / /		
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/03/2024

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Des Clubs DraSSAADOUNI Yasmine 18 Rue Annasine- Beausejour Dakar- Tel: 0522 36 26 32	05/03/2024	279.40

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																							
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION																			
				FIN D'EXÉCUTION																			
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
						H																	
						25533412	21433552																
						00000000	00000000																
						D																	
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							
MONTANTS DES SOINS																							
DATE DU DEVIS																							
DATE DE L'EXÉCUTION																							
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<b>DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																							

LOT: 22CE9  
PER: 04/2025  
PPC: 79, 50DH

PPV: 50DH40  
PER: 01/26  
LOT: M332-2

PPU: 52, 80DH  
PER: 10/2025  
LOT: M1176

#### - GASTRO - ENTEROLOGUE

opie - Coloscopie)

Dip... d'échographie

Diplômé de chirurgie proctologique

(Hémorroïdes, Fissures, fistules de l'anus)

Diplômé de Régimes - Nutritions Diététiques

(Obésité - maigreur)

Ex. Attaché au C. H. U. de REIMS

## الدكتور براادة عبد الرحيم

خريج كلية الطب رانس بفرنسا  
اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي  
(الكتف بالمنظار)

مجاز في علاج و جراحة المخرج  
(البواسير والدمى)

مجاز في الكشف بالتلفرة  
مجاز في وقاية و علاج أمراض التغذية  
(السمنة والضعف)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات رانس

Casablanca, le ..... 05/03/2024 ..... الدار البيضاء، في

Mr Benarabe Abdelkader

79,50  
MATERNOV  
2 GELULES X 2 / JOUR AVANT REPAS



٩ ل ٠ ٢

50,40  
ALORA  
1 CP / JOUR APRES REPAS



٩ ٢ ٠ ٠

52,80  
NEALGYL 80  
1 CP X 3 / JOUR AVANT REPAS

٩ ٢ ١ ١

52,80  
UBIPROX 500  
1 CP X 2 / JOUR APRES REPAS 5 JOURS.

٩ ١ ٠ ١

89,70  
PRAZOL 20  
1 GELULE AU COUCHER BOITE DE 28



٩ ٠ ٠ ١

272,40

Pharmacie Des Clubs  
Dr ESSAADOUNI Yasmine  
18 Rue Annasine, Beauséjour  
Casablanca Tel: 0522 36 26 32

Dr. BENRAADE  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE  
FIBROSCOPE - ECHOGRAPHIE  
HEMORROIDES - REGIMES  
Centre Commercial NADIA - CASA  
Tél: 05 22 98 95 12 / 05 22 98 35 77  
fax: 05 22 98 35 77

مركز تجاري نادية - عمارة 4 - الشقة 4 - الطابق الأول - شارع ابراهيم الروదاني (طريق الجديدة سابقا) المعاريف - الدار البيضاء 20.100

Centre Commercial NADIA, Imm. 4, Appt 4, 1<sup>er</sup> Etage, Bd Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida) - Maârif Extension - Casablanca 20.100

Tél. : 05 22 98 95 12 / 05 22 98 35 77 - الهاتف: 05 22 98 35 77 - Fax : 05 22 98 35 77

E-mail : berradagastro@hotmail.fr

PPN: 89 DM 70