

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS



201825

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042992

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : RATI  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BENDAOUD KHALID  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. (06) 62-12-58-58 Total des frais engagés : 516,20 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 Mars 2024  
 Nom et prénom du malade : BENDAOUD YASSINE Age: 10 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Bronchite + GEA  
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : MEKNES Le : 09 / 03 / 24  
 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
09 Mars 2024		0	279,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09.10.3.1.24	246,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

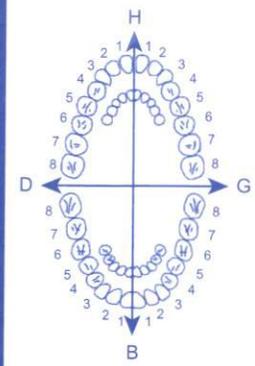
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

### 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																					
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th colspan="2"></th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			G	00000000	00000000	35533411	11433553	B				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H		G																					
25533412	21433552	00000000	00000000																					
D			G																					
00000000	00000000	35533411	11433553																					
B																								
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

# Docteur BENAMA Naima

Diplômé de la faculté de médecine de

Montpellier

PEDIATRE

22, Bd Mohamed V

Résidence Sentissi-MEKNES



7488

04/23

04/26

BIOCDEX MAROC PPV 38.10 DH

## بيوتيك® بلوس

مؤكيسيلين - حمض كلوروفورانيك  
علبة من 12 لفيفة

مكناس

Cabinet : 05.35.51.58.58 Domicile : 05.35.52.00.86 GSM :

LOT : 29E055  
PER : 04 2026

SMECTA ORANGE VANILLE  
3G SACHET B30

P.P.V. : 52DH40



6 118000 011460

Meknès, le 09 Mars 2024

Dr. BENAMA NAIMA  
PEDIATRE  
35, Boulevard Mohamed V  
28 40,02

YASSINE p23344

38,10

1) Ultra levure sachet



1 sachet x 2 // 1 part 5

65,100  
+60,170 (2)

2) Biotic plus sachet En/ceat

1 sachet x 3 // 1 part 8

30,100  
(3)

3) Pleuribronc si

1 càc x 2 // 1 part 8

52,100  
(4)

4) Smecta sachet

1 sachet 2 à 3 // 1 part 11

24620

Sté. PHARMACIE PIERRE CURIE  
SARL-AU  
Imm. 54, Rue El Farabi M.G. N°1  
V.N - MEKNES

Dr. BENAMA  
PEDIA  
22 Bd Mohamed V  
4ème Etage  
05.35.51.58.58

## Fluibron® 0,3%

Ambroxol

30103

PPV 52DH40