

## 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.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - 5ème 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

W21-844233

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13463 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 202307  
 Nom & Prénom : BENNIS Hiba  
 Date de naissance : 12/02/1998  
 Adresse : 15, rue Abou Abdellah Nafii, Maarif 20330, Casablanca  
 Tél. : 0665 908003 Total des frais engagés : 2526,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 12/03/2024  
 Nom et prénom du malade : BENNIS HIBA Age : 26  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : White chest et Oste  
 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 : Casablanca Le : 17/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/12/21	Frais de consultation	1	1400	Dr. [Signature] Clinique [Signature] Angle Bosg [Signature] [Signature] [Signature] [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/03/26	876.00

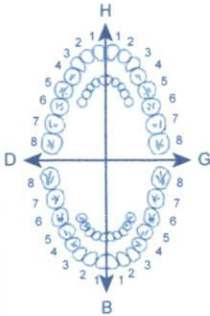
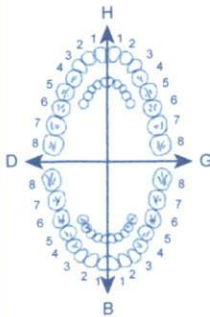
[illegible][illegible]

# 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	Montant des Honoraires	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
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> —————         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            ————— <b>G</b>            00000000            35533411            11433553  <b>B</b> </div> </div>				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div> <div> <b>Montant des Honoraires</b> </div> </div>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 12.03.24

BENNI'S HBA



34700 ①  
34700 ①  
13900  
82600  
Mounech 014 — 0/24  
Nig sc/

DR. ISSAM GUERROUJI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou  
Tél : 06 61 26 93 01

Pharmacie LAROUSSE  
Dr. Larousse, Maître  
Bd. Rouad, S.A.R.L.  
ICE: 000 204 383 060 86  
INPE: 092 06 19 10

0,4 ml

remplies

ant à 40 mg  
njectable



avant emploi.

LES :

la vue des enfants.

avant emploi.

ERES DE CONSERVATION :

ure inférieure à 25°C dans



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I/ Tableau A

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I/ جدول أ



Novex®

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

6 seringue pré-remplies de solution injectable

AMM N° 23/2020/DAR/21/NKQDNM



6 118000 021902

347,00



0,4 ml

remplies

ant à 40 mg  
njectable



avant emploi.

LES :

la vue des enfants.

avant emploi.

ERES DE CONSERVATION :

ure inférieure à 25°C dans



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I/ Tableau A

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I/ جدول أ



**Novex®**

4000 UI anti-Xa/0.4 ml

6 seringue pré-remplies de solution injectable

AMM N° 23/2020/DAR/21/NKQDNM



6 118000 021902

347,00





LUT  
EXP  
FIV

232833  
09  
132,00

132,00

سوطيما  
sothema

LES DOSES PRESCRITES

الجرعات الموصوفة

Ordonnance - Liste I/ Tableau A

يصرف بموجب وصفة طبية - List I





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/03/2024

**Facture N°1102/24**

**Mme BENNIS HIBA**

Consultation	300 DH
Traitement orthopédique	
Par botte plâtrée	1400 DH

**Total 1700 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de  
//Mille Sept cent Dirhams//

