

## 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 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 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W21-626263

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07640 Société : CAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : HAMID

Nom & Prénom : BENAICHA

Date de naissance : 16/02/1963

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. TAOUIS Afaf**  
Médecin Généraliste

Date de consultation : 04/04/2022

Nom et prénom du malade :

Benaïch Hamid Age : 59

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Vertige + Vanissement

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 : 04/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Hamid

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date       | Montant de la Facture |
|  | 04/04/2022 | 29250                 |

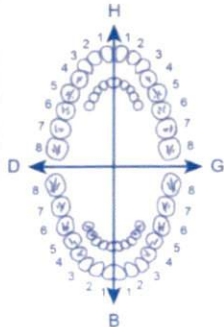
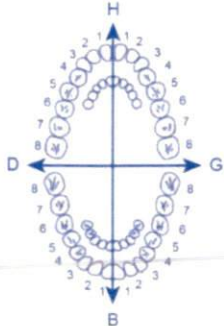
[illegible][illegible]

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                             | Nature des<br>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.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div> |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                      | <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MEDECINE  
Générale

لطب العام



Docteur Afaf Taouis  
Médecin Généraliste

الدكتورة عفاف طويس  
طبيبة عامة

Casablanca le: ...04/04/2022

Mr Benzicha Hamid

4 Tanganil 500 mg  
51.00 1 co x 31 j

21 Neuseliv 20 mg  
29.00 1 cas x 21 j

31 Ixal 20 mg  
91.00 1 co x 31 j

4 Begon 100 mg  
293.00 1 co x 4 j

PPV: 95.00DH  
LOT: CB03171  
EXP: 08/2024

Tanganil® 500 mg  
تاغانيل® 500 ملغ  
30 comprimés - قرص 30  
VTE: MA - PPV: 51DH00

728860  
6 118001 183340

LOT : 4144  
UT. AV : 10-23  
P.P.V : 29 DH 00

PPV 118DH50 EXP 11/2023  
LOT 19026 1

DR. TAOUIS Afaf  
Médecin Généraliste