

## 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-447766

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12519 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENAÏCHA Ghia  
 Date de naissance : 10/01/1985  
 Adresse : 17 lot 170 Excellence Dar Bouazza Casablanca  
 Tél. : 0670666123 Total des frais engagés : 795,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 06/09/2019  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection gynécologique  
 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 : 06/09/2019  
 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 la réalisation des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 06/09/19        | Exo               |                       | 380,00                          |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                       | Date       | Montant de l'Exécution |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|
| PHARMACIE EL ABIDINE<br>Route d'Azemmour Km 11<br>Der Bouazza Casablanca<br>Tel 022 29 03 71 | 06/09/2019 | 195,60                 |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |



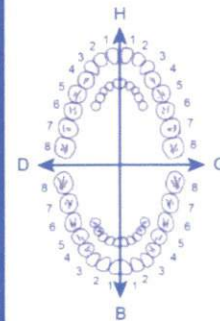
Lot: 9084  
À utiliser de préférence avant le: 04/2022  
PPC: 79,50 DH

# RAIRES

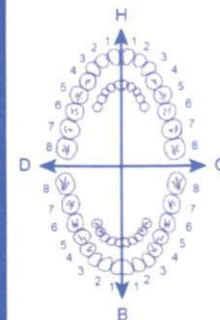
quant la nature des soins.  
nt canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

COEFFICIENT DES TRAVAUX



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

33,00

51,50

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

06/09/19

195,6  
79,00

Ben Aïche Ghita

PHARMACIE EL ABOUNE  
Route d'Azemmour Km 11  
Dar Bouazza Casablanca  
Tel: 022 29 03 71

① Candida

S.L.

51,00 x 1 T x 7 jours

S.L.

② Penogine Ocul 3 jours

31,00 Ocul

S.L.

③ Penogine Crème 5 jours

S.L.

④ Comaflucan 328

Professeur BISBIS-ABOUNAIDANE  
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
Rés. du Palais Anglé & Yacoub El Mansour, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél: 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax: 05 22 95 00 03 - Email: dr.bisbis@gmail.com

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي، D الطابق الأول-الدار البيضاء الهاتف: 05 22 95 00 04 الفاكس: 05 22 95 00 03

Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca

Tél.: 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax: 05 22 95 00 03 - Email: dr.bisbis@gmail.com

INPE: 091029108 - Patente: 34836020 - Ice: 001789271000048

Casablanca, le

06/09/19

Mme Benarcha Ghita

Facture -

consultation, 200,= dhs

Echographie 300,= dhs

Professeur BISBIS Wafae  
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
Rég. rec. E. Mansour, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour, Im D. Appt n°2, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca  
Tél : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax : 05 22 95 00 03 - Email : dr.bisbis@gmail.com  
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - Ice : 001789271000048

**Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE**

Professeur en Gynécologie-Obstétrique

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسبيس أبونيدان

أستاذة في طب النساء والتوليد

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 06/09/2019

## ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Nom et Prénom : BENAICHA GHITA

Indication : Echographie sus pubienne et endovaginale

Examen réalisé avec un appareil samsung-medison H60

mis en service le 20/10/2016

Vessie : peu pleine

Utérus de taille normale

Ligne cavitaire fine

Endomètre épaissi à 6,9 mm

Ovaires vus, de taille normale siège de microkystes

Absence de MLU ou annexielle

Professeur Wafae  
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique  
Rés. du Palais, Angle Bd Ghandi  
& Yacoub El Mansour - CASA  
Tél : 0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - Fax : 0522 95 00 03  
Ice : 001789271000048 - INPE : 091029108

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور. عمارة (D) الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 00 04 : الفاكس : 05 22 95 00 03

Résidence du Palais, angle Bd Ghandi & Yacoub El Mansour. Im D. Appt n°2, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca

Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax : 05 22 95 00 03 - Email : dr.bisbis@gmail.com

INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - Ice : 001789271000048