

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19-0048097

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2265 Société : R A M 23397

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUSBOU IKHLEF

Date de naissance : 1953

Adresse : Rue 02 N°37 Jamila 7 Cité Djemaa

Casa

Tél. : 0665939888 Total des frais engagés : 691,9004 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Hiam BENAABOUD  
GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE  
Bd. Al Qods Rés. Safaa Imm. 403, 1er Etage  
N°5, Hay Chnifa Ain Chok - Casablanca  
Tél : 05.22.52.3773 - ICE : 00191729000003

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/2020

Nom et prénom du malade : KHARFASUI KHADJA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Infection 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 : Casa Le : 26/02/2020

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
22/02/20		05	300,18	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/20	392,90

### 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
		AM	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 :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
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

# Dr. Ilham BENAÂBOUD

Gynécologue Obstétricien  
 Chirurgie Gynécologique - Accouchement  
 Stérilité du Couple (P.M.A)  
 Coelochirurgie - Colposcopie  
 Maladies du Sein - Echographie  
 Ex Rés...

133,60

# الدرتورة (إلهام) بنجور

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
 الجراحة النسائية - الولادة  
 عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار  
 أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر  
 طبيبة مقيمة بمستشفى ابن رشد ( سابقا )

Casablanca, Le : 22/02/2023

133,60

PHARMACIE ADDA KHANFARO KHANFA

① Dravenor

19/1/1

S.V

Arkopharm LABORATOIRE

VEINOFLU

GEL

142,80

JAMBES

142,80

② Veinoflu

19/1/1

S.P

S.V

PHARMACIE ADDA  
 Dr HARRIZI Amini  
 Jamila 5 Angle Av 7 e  
 Tél : 0522370937 CASABLANCA

Lot :



PPC : 97,00 Dhs

97,00

③ Anhora

1 fl

S.V

PHARMACIE ADDA  
 Dr HARRIZI Amina  
 Jamila 5 Angle Av 7 et 120  
 Tél : 0522370937 CASABLANCA

S.V

S.P

18,50

④ Lachesis mutus

5 boites x 8/1

Dr Ilham BENAÂBOUD  
 GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE  
 Bd. Al Qods Rés. Safaa Imm. 403, 1<sup>er</sup> Etage  
 N°5, Hay Chrifa Ain - Casablanca  
 Tél : 05 22 52 37 73 - ICE : 001917290000033

Lachesis mutus

PHARMACIE ADDAHAB

Dr HARRIZI Amina

شارع القدس تجزئة السكن الأنيق إقامة الصفاة 403 رقم 5 ج 1  
 Bd. Al Qods Rés. Safaa Imm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73

Urgence : 06 61 36 00 69 - Email : benaaboudilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 001917290000033

Renverser

Enregistrement sans in  
 MÉDICAMENT HOMÉOPATHI  
 EXP: 10/2020 LOT: Z2555  
 PPV: 180480 Lac



# صيدلية اذهاب

## PHARMACIE ADDAHAB

Dr HARRIZI Amina  
Diplômée de l'Université  
de CAEN - FRANCE

Jamila 5, angle Av. 70 et Rue 120  
Tél.: 05 22 37 09 37 - Casablanca  
R.C: 360084 - Patente : 37425137



FACTURE

ICE: 001570258000085

Casa, le 22/2/20

N° KHARFAOUI Khadija

R&V

① Veinoflux gel = 142.80

Cent quarante deux dirhams  
et 80 chs

PHARMACIE ADDAHAB  
Dr HARRIZI Amina  
Jamila 5 Angle Av. 7 et 120  
Tél: 05 22 37 09 37 CASABLANCA