

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 - 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

Nº W19-590099

48890

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12806		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHALLLOT f DEL HAKIM
Nom & Prénom : CHALLLOT f DEL HAKIM			
Date de naissance : 08-03-1967			
Adresse : Horstville			
Tél. : Total des frais engagés : 300 Dhs 393,10 393,10			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Rachid Hôpital Gastro entérologie et SIC Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus 2ème Etage Oujda - Casablanca Tel : 05 22 00 05 22 / 06 61 50 00 <b>MUPRAS</b> 25 NOV. 2020			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 23/11/2020			
Nom et prénom du malade : CHALLLOT Abdellah			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Troubles digestifs			
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 : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23/11/2020

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/01/20	(4)		300 DH	 Dr. Hicham Gastro-enterologist Bd. Oum Rabii, P. S. Al Firdas 2 ème Etage Oulfa Tel : 05 22 99 05

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AC 1521 PHARMACIE DART ZINEB Dr IDNSA 161 Ain Chock Hay Al Oussema 05 22 50 32 33	23/11/12	793,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch showing the upper teeth. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. The numbers correspond to the following teeth:  
 - Left side: 8 (central incisor), 7 (lateral incisor), 6 (canine), 5 (first molar), 4 (second molar), 3 (third molar).  
 - Right side: 8 (central incisor), 7 (lateral incisor), 6 (canine), 5 (first molar), 4 (second molar), 3 (third molar).  
 A vertical arrow points downwards through the center of the arch, with the letter 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IX

1

N

1

X

1

10

1

## Hépato - Gastro

## Entérologie - Proctologie

Importateur Exclusif - Fistule

**Importateur Exclusif  
BIOCODEX MAROC**  
B.P 126 Nouaceur  
[www.biocodex.ma](http://www.biocodex.ma)  
**P.P.C. : 245.00 DH**

**Importateur Exclusif**  
**Biocodex Maroc**  
**Technopôle - Aéroport Mohamed V**  
**B.P. : 126-Nouaceur-Maroc**  
**www.biocodex.ma**

**P.P.C. 245,00 DH**  
**Complément alimentaire, ce n'est pas un**  
**médicament**  
**N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3**



اختصاصي في أمراض  
الجهاز الهضمي  
الكبد، جراحة البواسير  
وأمراض المخرج

**Casablanca, le:** Dr. Rachid Béni  
Hepato-Gastro-entérologie - Urologie  
Bd. Oumeïd Rés. Al-Morabba Immeuble L30  
Tél: 05 22 116 01 51 22 33  
**HAKKOT Abdellah**  
Dr. Razzouk  
Hepato-Gastro-entérologie - Proctologie  
Bd. Oum-Rabia résidence Mirdawas Immeuble L30  
Tél: 05 22 115 23  
Dr. Youssef  
Dr. H. Béni  
Dr. Rachid Béni  
Hepato-Gastro-entérologie - Urologie  
Bd. Oumeïd Rés. Al-Morabba Casablanca  
Tél: 05 22 116 01 51 22 33  
**SI**

PPV 03 2023  
65.10 DH

202345  
10 2022

EXP 04/2022

LOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00DH

6510  $\mu$ s ✓ 100  
ultralow ✓ (S)  
1000 1000 (S)  
4000  
Anti-Sur ✓ (S)  
9900 x2 Mr. 71 ✓ 100  
blocks ✓ (S)  
0  $\mu$ s ✓ 2000

~~صيادلة دار ابي~~  
PHARMACEUTICALS  
~~HAY AL DAWAR~~

~~صيدلية دار العصافير~~  
~~PHARMACIE D'AR AL IDAA~~  
Dr. Rachida El Hachemi  
Hépato-Gastro-entérologue  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Idaa, 10ème étage  
2 ème Flage Oujda - Casablanca  
tél : 05 22 91 85 22 / 06 61 51 22  
~~DR IDRIS Zineb~~  
~~Hay Alouza 11ème étage~~  
~~Tél 05 22 90 33 33~~

*Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm L 30 - 2ème Étage - Oulfa  
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34*