

## 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

- ☐ Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- ☐ Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- ☐ Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 068614 <sup>136904</sup>

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6366 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ASSOULI SAID  
Date de naissance : 01/01/1961  
Adresse : HABITUELLE  
Tél. : 06 61 60 50 22 Total des frais engagés : 679,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 22/11/2022

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
22/11/21	CSEH Subline	600,00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

2

79,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

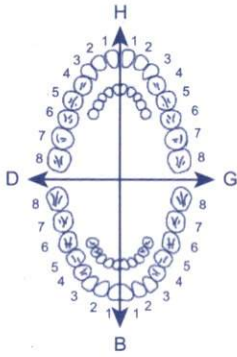
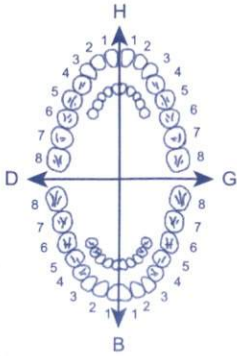
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

<b>CLINIQUE IBN ZOHR</b>									
INPE, code à barres									
0	6	0	0	6	2	7	1	8	

<b>Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie</b>

<b>ESTIMATION N°</b>
----------------------

<b>8550 / 2022</b>
--------------------

<b>Assuré</b>
Nom & Prénom
N° CIN
N° Immatriculation

<b>Bénéficiaire</b>
Nom & Prénom <b>AÏNB NABIHA</b>
N° CIN <b>BE51236</b>
<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant

Médecin consultant : <b>DR BENHAMDOUNE</b>	Médecin correspondant : <b>DR KAMAL</b>	N° TEL <b>06 61 60 50 22</b>
--	---	------------------------------

FRAIS CONSULTATION			
Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
SOINS <i>point de suture (03)</i>	1.00	300,00	300,00
<b>TOTAL</b>			<b>600,00</b>

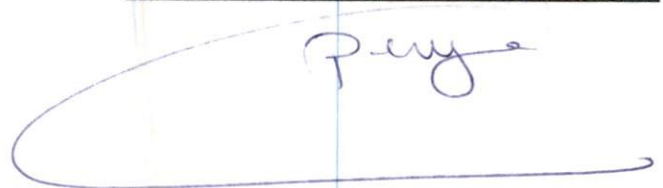
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>600,00</b>
----------------------	---------------

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**SIX CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**





<b>CLINIQUE IBN ZOHR</b>									
INPE, code à barres									
0	6	0	0	6	2	7	1	8	

<b>Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie</b>

<b>FACTURE N°</b>
-------------------

<b>2588 / 2022</b>
--------------------

<b>Assuré</b>
Nom & Prénom
N° CIN
N° immatriculation

<b>Bénéficiaire</b>
Nom & Prénom <b>AINEB NABIHA</b>
N° CIN <b>BE516236</b>
<input type="checkbox"/> Assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant

**FRAIS CONSULTATION**

Désignation	Qté	PU	Montant
CONSULTATION MEDECIN SPECIALISTE	1.00	300,00	300,00
SOINS	1.00	300,00	300,00
<b>TOTAL</b>			<b>600,00</b>

<b>TOTAL GENERAL</b>
----------------------

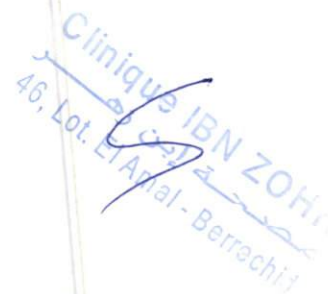
<b>600,00</b>
---------------

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**SIX CENTS**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**

  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot. El Amal - Berrechid

ORDONNANCENOM:

Anob.

prénom:

Waboha.

le:

28 / 10 / 2022

Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid

1) PluSbaph 500mg.  
3 os, 30 ge PluB 2x / j pendant 07 jours.

2) Septra Spray.  
1 App 2x / j

3) Fucidin 1% crème  
3 os, 30 ge Fucidin 1% crème  
1 App 2x / j

705.50



Signé:

Clinique IBN ZOHR

46, Lot El Amal - Berrechid

0600 627 15



فوسيدين 2%  
كريم أنبوب من 15 غ

39,70