

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0023530

O.M

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2329 Société : Ram  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : ABI Abdelkebir  
 Date de naissance : 17.08.1953  
 Adresse : 28 Lot. SALABICA Bd Abdelhadi BOUTALOU (ex. Rte d'Allemour) CASABLANCA. ANFA  
 Tél. 0661522268 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur H. FEKAK**  
 Chirurgien urologue  
 سنان جراحة الكلى والمسالك البولية  
 43, Av. 2 Mars - Casablanca  
 Tél. 0522 47 14 57 - Fax 0522 47 14 50  
 Date de consultation : 13/09/2022  
 Nom et prénom du malade : TOURABI Halima Age : 59 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tumeur Rénale  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : 15/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019







AKDITAL

Clinique Da Vinci  
مصحة دا فنشي

Casablanca, le 13/9/2022

HALIMA Tounabi :-

# Douche Betadine :- 1 Seuil.  
et 1 Seuil Betadine - 1 Seuil  
1 Seuil Betadine - 1 Seuil

# Atonox cp 25mg.  
2cp 1 Seuil  
2cp 1 Seuil

# Melinlit 1/2 cp 1 Seuil

# CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 13-09-2022

Facture N° 05282/22

## A. Identification

N° Dossier : VNC22113091409

N° Identifiant : 011301/22

Nom & Prénom : Mme TOURABI HALIMA

C.I.N : B597707

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-09-2022

Date Sortie : 13-09-2022

Médecin traitant : DR. FEKKAK HAMID

Traitement : CONSULTATION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						<b>300,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>300,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

**GIMES DAVINCI**  
709, Bd Modibo Keita - Casablanca  
ICE : 002334512000037



# CLINIQUE DA VINCI



090062589

CASABLANCA Le : 13-09-2022

Facture N° 05280/22

## A. Identification

N° Dossier : VNC22113103121

N° Identifiant : 011301/22

Nom & Prénom : Mme TOURABI HALIMA

C.I.N : B597707

Adresse : CASA

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 13-09-2022

Date Sortie : 13-09-2022

Médecin traitant : DR . SENTISSI MOULAY DRISS

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CPA		300,00			300,00
Total Rubrique :						<b>300,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>300,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>TOTAL GENERAL 300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

**GIMES DAVINCI**  
Clinique de Vinci 2  
709, Boulevard Modibo Keita - Casablanca  
ICE : 002334512000037