

# 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

- Reclamation : 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° P19- 0008132

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03631 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELJASIN Abdelaziz Date de naissance : 30.06.1960  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9/11/2022  
Nom et prénom du malade : JABIR EL KARIM SCADIA Age : 68  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ASHCH  
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 : 21/11/2022  
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
9/11/2022	CS+E (6)		3000fr	

[illegible][illegible][illegible]

**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.

**Veillez 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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEFUS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <hr/> <p>00000000    00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <p>00000000    00000000</p> <hr/> <p>35533411    11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction)				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



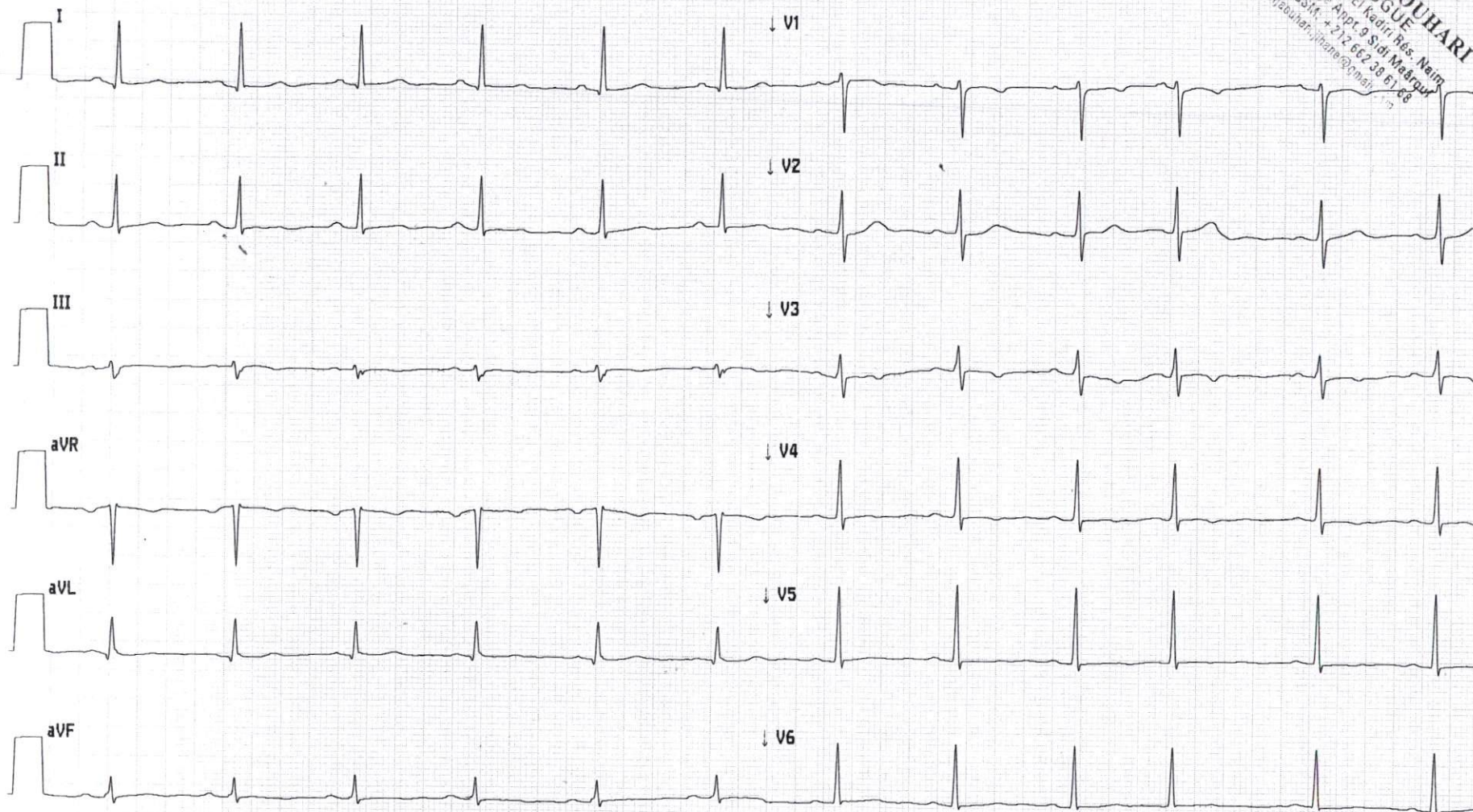
Jaidi, Lalla saadia  
ID:  
D-naiss: 28-Mar-1967  
55ans, Fem.

9-Nov-2022 12:52:56

Fréq. Card.: 71 BPM  
Int PR: 176 ms  
Dur. QRS: 82 ms  
QT/QTc: 377/399 ms  
Axes P-R-T: 36 24 12

TA: 127/78 mmHg

Dr. Jihane EL JAOUHARI  
Boulevard Abdelhak El Kadir Res. Naïm  
Km 5, 3ème Etage App. 9 Sidi Madrague  
Casablanca - GSA + 212 662 38 61 68  
L. Jaidi, dr.eljaouhari.jihane@gmail.com



113180163528

Dr. EL JAOUHARI

Site # 0 App.# 0 Version 2.00.10 Séquence #06821 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz W

Casablanca le 09/11/2022

Facture n° 522/2022

Arrêté la présente facture au nom de MR/Mme : Jachidi Lalla  
Saadia

Pour prestation au cabinet comprenant :

-

- Rs + ECG 300dh

-

À la somme de 300dh dirhams

Je vous remercie de votre confiance

Bien cordialement

Dr. Jihane EL JAOUHARI  
CARDIOLOGUE  
Boulevard Abou Bakr el Kadiri Rés. Naim  
Imm. 5, 3ème Étage Apt. 9 Sidi Maârouf  
Casablanca - GSM: +212 662 38 61 68  
E-mail: dr.eljaouhari.jihane@gmail.com