

## 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

- 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° W19-594814

141708

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6326 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL BOUCHA LOUFI  
 Date de naissance : 07/06/85  
 Adresse : 92 RUE INAM MOUSLIM JASSER  
 Tél. : 0661396306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 NOV. 2022

Nom et prénom du malade : BELAZZOUEJ JENNAT

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

Nature de la maladie : RHUMATOLOGIQUE

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   |
| 2 NOV 2022                     | C                 |                       | 1.000                           | <p>INP : YACOUBI</p> <p>DR. R. MATOLOGUE</p> <p>MEDICINE FAMILIALE - NATUROPATHIE</p> <p>MICRONUTRITION - MEDICINE DU SPORT</p> <p>Angle Bd. Sijilmassi, 2<sup>ème</sup> étage, Casablanca</p> |

Montant détaillé 091023366  
 Cachet et signature du Médecin  
 attestant le Paiement des Actes

J. 000 DR. Asmaa YACOUBI  
 DR. RHUMATOLOGUE  
 MEDICINE FOLIOLE CONNEXALE NATUREOPATHIE  
 MICRONUTRITION - MEDICINE DU SPORT  
 Angle Bd. Sijilmassi (Bd du Phare) et Av. de Nice,  
 Résidence Normandie 2, 2ème étage, Casablanca  
 05 22 36 36 86 GSM: 06 01 57 80 30

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

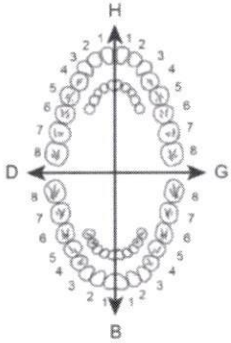
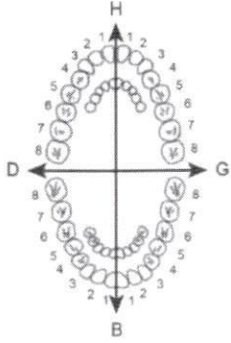
| AUXILIAIRES MEDICAUX                |                   |        |    |    |    |                                    |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>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 :


Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|---------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|    |  |                     |  | 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.<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>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  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-------------------|---------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                   |                     |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي أسماء

MALADIES DES OS · ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION  
RHUMATOLOGIE · NATUROPATHIE · MÉSOThÉRAPIE  
MÉDECINE DU SPORT

Casablanca, le : 22 NOV. 2022

Free BENAZOUZ  
Jennat

N.O.U

Dosage des IgG  
alimentaires

(200)

Dr. Asmaa YACOUBI  
RHUMATOLOGUE  
MÉDECINE FONCTIONNELLE · NATUROPATHIE  
MICRONUTRITION · MÉDECINE DU SPORT  
Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice,  
Résidence Normandie 2, 2<sup>ème</sup> étage, N3 - Casablanca  
Tél. : 05 22 36 36 86 - GSM : 06 62 37 80 50