

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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
- 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

M22- 0032826

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2323 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HANI Fatima 155352  
 Date de naissance : 17/51  
 Adresse : 128, Albad Breiba Temara  
 Tél. : 0619459 Total des frais engagés : 100 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 :  
 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 : Temara le 2 / 23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

14/2/23

CO

Dr. ALI NEMRA  
Dentiste  
TERRARA

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

LABORATOIRE IBN ROUGH  
TERRARA -  
Tél: 05.37.74.77.24 / Fax: 05.37.74.19.66

14/02/23

gob

100 DH

# 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

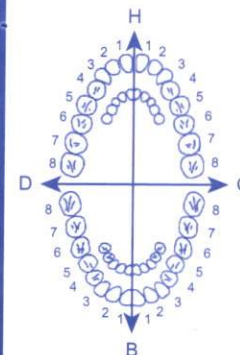
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

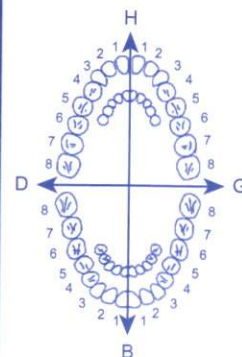
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dossier ouvert le : 14/02/23

Madame EL HANI FATIMA

Né (e) le: 01/07/1951

Edition du : 15/02/23

Réf. : 2351123

Compte Rendu d'Analyses

### EXAMEN MICROBIOLOGIQUE

#### EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

Traitement antibiotique : Ubiprox 500 mg entamé le 14/02/2023.

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE:

Aspect : Trouble  
Couleur : Jaunâtre  
Culot : Important

#### CHIMIE:

(Uricheck Sticks Vedalab)

pH : 6,0 4,5 - 7,8  
Nitrites : Négatif.  
Glucose : Négatif.  
Corps cétoniques : Négatif.  
Sang : Positif(++).

#### CYTOLOGIE:

Leucocytes : 58 • /mm3 < 10  
Hématies : 370 • /mm3 < 10  
Cellules épithéliales : Quelques.  
Cristaux : Absence.  
Cylindres : Absence.

EXAMEN DIRECT : Absence de germes.

#### CULTURE SUR MILIEUX SPECIAUX

Identification des germes : Absence de germes.

**NOTE:** Cytologie positive, bactériurie négative: patient sous traitement antibiotique, infection à germe spécifique ou inflammation d'autre origine.

Dr KETTANI HALABI Imane  
Biologiste  
Laboratoire Ibn Rochd - Témara  
Avenue Hassan II Rue Iran  
Tél : 05 37 74 77 24 - Fax : 05 37 74 19 66



Tel: 05.37.74.77 24 / Fax: 05.37.74.19.66

LABORATOIRE IBN ROCHD  
- TEMARA -

Dr. EL FALLOUJ  
Cs Oued Bouahab  
Tammara

BC BV

fe - 808

Dr. El Fadani Fatima

2014/2/23



Temara le mardi 14 février 2023 Madame EL HANI FATIMA

FACTURE N°		80484	
Analyses :			
Cytobactériologie des urines		B	90
		Total : B 90	
TOTAL DOSSIER		100,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Cent Dirhams

LABORATOIRE IBN ROCHD  
- TEMARA -  
Tél: 05.37.74.77.24 / Fax: 05.37.74.19.66

INPE: 103060901