

## 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

- 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 501 Ben Abdallah - Gema Itzale Angla Rue Mohamed Fakir et rue 0111 Ben Abdellah - Quartier du Charloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 22 45 45 (US) - Fax : 05 22 22 79 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-798607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08678

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bouzahzah Ahmed

Date de naissance : 29 Juillet 1957

Adresse : 20 rue Ras Asfour Lot Laajej Oujda

Tél : 0661 62 78 08

Total des frais engagés : 191,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAMBAZI Med.  
OMNIPRATICIEN  
Echographie Générale  
105 Bd Fouara H.M.Casa

Date de consultation : 15/05/2023

Nom et prénom du malade : Bouzahzah Ahmed

Age : 65

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète sucré

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

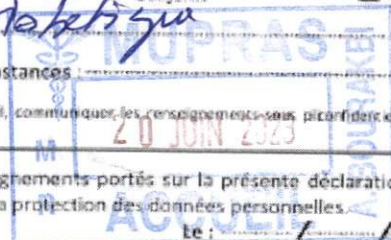
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

le :

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   |
| 15/05/2023                     | C                 |                       | 100                             | <p>INP : 091000500</p> <p>Dr. LAHBABI Med.</p> <p>OMNIPRATICIEN</p> <p>Echographie Générale</p> <p>135 Bd Fouarat H.M.Casa</p> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                       |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur          | Date       | Montant de la Facture |
| <p>PHARMACIE</p> <p>15/05/2023</p> <p>91.20</p> | 15/05/2023 | 91.20                 |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |     |     |     |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement conservateurs, ainsi que le bilan de l'ODF |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS [ ]                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [ ]                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION [ ]                               |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse.</p> |                  |             | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
| H   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| D   | G   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| B   |   |                  |             |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |   |                  |             | 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 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |

الدكتور محمد الحبابي  
**Docteur Mohammed LAHBABI**

**OMNIPRATICIEN**

**ELECTROCARDIOGRAMME**  
**ASSISTANCE MEDICALE A DOMICILE**  
**DIPLOME EN ECHOGRAPHIE GENERALE**

التخطيط الكهربائي للقلب  
الإيجاد الطبي بالمنزل  
حائز على دبلوم الفحص بالصدى

**SOS URGENCES**

**المستعجلات**

Casablanca, le : 15/05/2023 : الدار البيضاء، في

Dr. LAHBABI Med.  
OMNIPRATICIEN  
Echographie Générale  
135, Bd Fouarat H.M. Casa

Mr. BOUZAHAH

Alm

45,80  
x2

91,20



Dr. LAHBABI Med.  
OMNIPRATICIEN  
Echographie Générale  
135, Bd Fouarat H.M. Casa

45,80

45,20