

## 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

- 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M23-0023714

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6218 Société : 203490  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENTAHICA HAKIM  
Date de naissance : 20/01/61  
Adresse : 25 RES ENNAJD Apt 265 AV STENDHAL CASA  
Tél. : 06 61 18 16 63 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 22 / 04 / 2024  
Nom et prénom du malade : Ben Hayem Nassal Age: 63  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Cataracte  
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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 22 / 04 / 2024



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
22/04/21	F. Clinique	Anesthésie	160,00	
22/04/21	R. Médecin	Anesthésie	180,00	

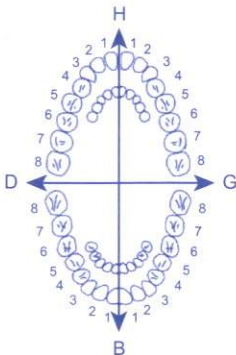
[illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

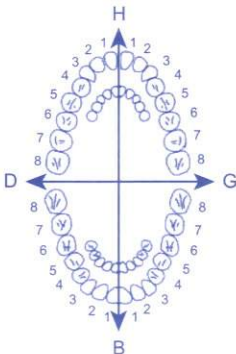
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr style="width: 100%;"/> <div style="text-align: center;">           00000000      00000000            35533411      11433553  <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA  
مصحة النور للعيون الدار البيضاء  
• CNOC •



22/04/2024

A l'honneur de présenter à Mme BEN HAYUN Naoual

Frais médecin anesthesie 150 Dhs  
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique anesthesie 150 Dhs  
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

ACCUSE-RECEVU  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
28, Angle Rue des Palmiers et Route  
des Facultés, Oas - Casablanca  
Tel.: 05 22 23 49 89 LG / Fax 05 22 21 40 87

Dr. [Signature]  
05 22 23 49 89



INPE 090060914