

# 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.

## Diagnostique 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

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- 050276

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08219 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KHBAZ HICHAM  
Date de naissance : 07-02-1968  
Adresse : 6 FLOT 20 CGT BOUKHOUT  
Tél. : 0661469197 Total des frais engagés : 470 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 24/07/2019  
Nom et prénom du malade : ABIR KHBAZ Age : 19  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 :  
Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-050276

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 08219  
Nom de l'adhérent(e) : KHBAZ  
Total des frais engagés : 470  
Date de dépôt :



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
24 SEP 2028		5	410	<p><b>Dr. Amine Benjaïbou</b></p> <p>ADOPSHYCHIAIRE 022731</p> <p>INBE : 09 022731</p> <p>ICE. N° : 001644234000019</p> <p>148, Bd. Abdelatif Ben Khaddour</p> <p>01 22 84 30 22 / 26 - CASA</p>

24 SEP. 2020

détaillé	Cachet et signature du
oraires	attaché au Paiement

**Dr. Amine Benhabib**  
 ADOPSHYCHIAIRE  
 INB.E: 09/02/2731  
 ICE: N.: 0015222400019  
 88 Bd. Abderrafik Ben waddour  
 Tel: 09/22.94.90.22 / 26 - CASA

[illegible][illegible][illegible]

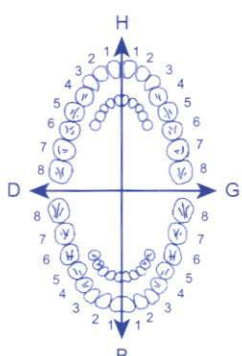
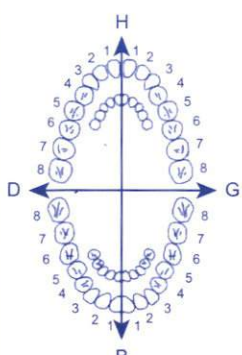
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

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				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  00000000  35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					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

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 canaux, ainsi que le bilan de**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

**Dr. M. Amine BENJELLOUN**

Pédiatre; MD, PhD.

- Professeur Associé de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à la Faculté de Médecine de Marseille
- Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
- Psychothérapie Parent - Enfant
- Docteur en Ethique et Philosophie de la Médecine, Aix Marseille Université

الدكتور محمد أمين بن جلون

طب الأطفال

التحليل النفسي للآباء و الأطفال

- أستاذ مساعد في الطب النفسي للأطفال

و المراهقين بكلية الطب (مarseille)

- جامعة البحر الأبيض المتوسط (فرنسا)

Casablanca, le : .....

24 SEP. 2020

ABIA KHAZ

NOTE D'HONORAIRES

Consultation(s) de pédopsychiatrie du :

- (450 DA)  
- 5  
-  
-  
-

- Au cabinet

- A domicile

- En clinique

- Autre

**Dr. Amine Benjelloun**  
PÉDOPSYCHIATRE

INPE : 091022731

ICE. N° : 001634234000012

68, Bd. Abdellatif Ben Kaddour

Tél : 05.22.94.50.22 / 26 - CASA

En vous remerciant.

**Dr. Amine BENJELLOUN**

**ICE : 001634234000012**

**Dr. M. Amine BENJELLOUN**