

## 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
- 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° W19-489531

ND : 29092

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BAYADI MUSTAPHA


Date de naissance : .....

Adresse : Rue Jules gras cite celina N°6

Tél : 076099797

Total des frais engagés : 1200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

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 : ..... Le : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/01/20	1180,50

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

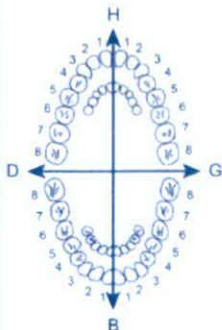
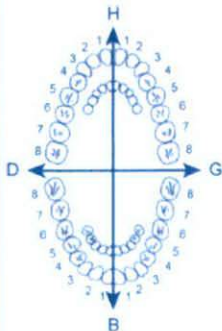
[illegible]

# 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	INP : <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> <span style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span>
				Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
				Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
				Début d'exécution <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
				Fin d'exécution <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <hr/>           00000000    00000000            35533411    11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: right;"><b>G</b></div> </div>			Coefficient des Travaux <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>
				Date du Devis <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; float: right;"></span>

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**

# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

3/6/00

338.12

①

Mylgan 200

56.6

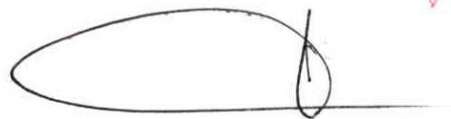
①

Mylgan 100

732.6



Dr. N. LATIF IDRISSI  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél. 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07



COOPER PHARMA  
PPV: 338,00 DH

COOPER PHARMA  
PPV: 338,00 DH



611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V. : 56,80 DH  
AMM 235DMP/21.4TT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura



# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 21 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le

3/6/20r

48.50  
Dixion 20

48.50

1/2

301

Signature

DR. N. LATIF IDRISSE  
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE  
75, Boulevard Massira Al Khadra  
Tél. 05 22 25 23 25 / 05 22 25 25 07





Bon de Consultation

N° 31603

Date :

10/05/20

Nom :

M. Baydhi Rha

Médecin traitant :

Dr. Duiss

- Consultation :

300 DH

- Imagerie :

- Laboratoire :

- Autres :

- Total :

300 DH

- Clinique :

- Honoraires :

- Radiologie :

- Laboratoire :

CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue 100, 100, 100  
022.500.000 (022.500.000)  
CABABLANCA