

# 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)

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

N° P19- 066481

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : 65385

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENISMAIL HAMID

Date de naissance : 1.2.51

Adresse :

Tél. : 0661664736 Total des frais engagés : 1588,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/02/2021

Nom et prénom du malade : Bensmail Hamid Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : D.T.2

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

Le : 26/02/2021


Signature de l'adhérent(e) : Benismail



### 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
26/12/21	5 hémé		200 120	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/12/21	1288,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

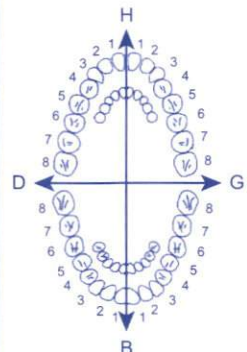
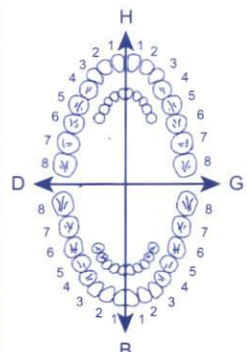
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>		Coefficient des Travaux <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)  
Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale  
Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse  
Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)  
Stérilité du couple - Bordeaux (France)  
Echographie - ECG



## الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)  
دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الطبية - بوردو (فرنسا)  
دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل  
دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)  
العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)  
التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 26/04/2024 في الدار البيضاء،

Dr Ben Smil Mins

584,00 x 2

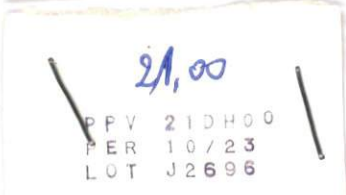
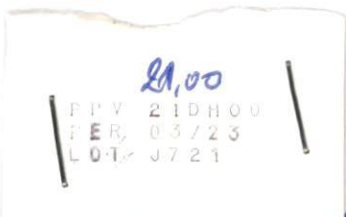
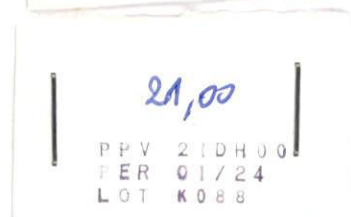
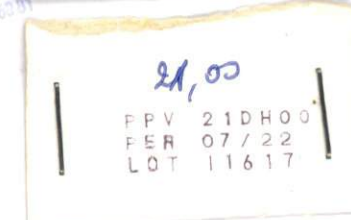
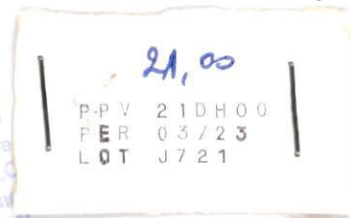
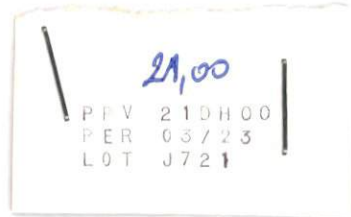
4 NovoMix x 30 FlexPen

20 - 0 - 10

21,00 x 6

21,00 x 2 ✓

1288,00



**PHARMACIE JAMAI**  
Ensemble Immobilier  
AL FINEZ  
GH 15 Im A 80 N° 1 Oulfa  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522 93 30 25



## Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)

Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale

Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse

Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)

Stérilité du couple - Bordeaux (France)

Echographie - ECG



## الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)

دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الطبية - بوردو (فرنسا)

دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل

دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)

العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)

التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 25/02/2024 في: الدار البيضاء،

Dr Ben sal the l

H Batic 8.7%

100,00 M

Signature

Dr. Ben Said Hany

**CLOVER A1c** Self

[HbA1c Test]

No. : 200

**Result:**

**8.7% 72** mmol/mol

Date : 21/02/26 [Y/M/D]

Time : 19:31

Patient ID:

TAHRI  
Laboratoire de Chimie - Casablanca  
60 14 60 81