

# 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.

## Biologie 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

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° M21- 0019234

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 335A Société : R.A.M. 67160  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TALAL Abd ePhakem  
 Date de naissance : 01/10/1960  
 Adresse : Bouchaibouf, rue 59 no 59 Casa Blanca Maroc  
 Tél. : 0608158914 Total des frais engagés : 300 dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : M. J. P. Abdelhakim Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Epigastralgie / reflux d'acide  
 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 : Casa Blanca Le : 14 AVR 2021 09 / 21  
 Signature de l'adhérent(e) :

**ACCUEIL**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



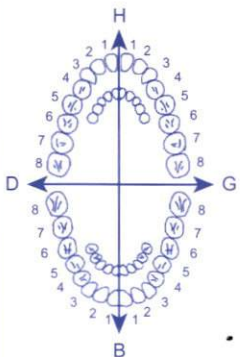
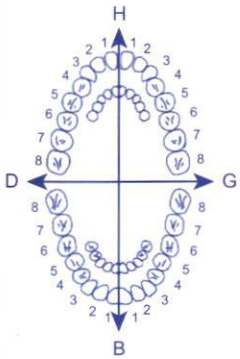
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

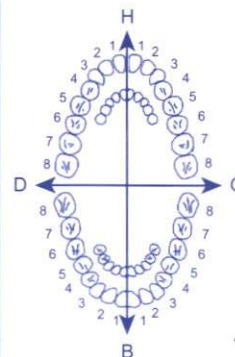
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>                      25533412                      00000000                      00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000                      00000000                      11433553                 </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <b>B</b> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 100px;" type="text"/></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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			
<p>The diagram shows two dental arches. The upper arch is labeled 'H' at the center and 'D' on the left side. The lower arch is labeled 'B' at the center and 'G' on the right side. Teeth are numbered 1 through 8 from the center outwards on each side.</p>	H		Coefficient des Travaux	
	25533412 00000000	21433552 00000000		
	D	G		
	00000000 35533411	00000000 11433553		
	B		Montants des Soins	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			Date du devis	
			Date de l'exécution	

	H	
	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	G

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس

## ORDONNANCE

Bouskoura, le :

12 / 04 / 2021

M<sup>r</sup> Jalal Abdelhakim

Consultation de

gastro-entérologie

faite le 12 / 04 / 2021

Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Professeur Assistant NADI ANAS  
Hépatogastro-entérologie



031241977

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

## F A C T U R E

N° : 1569 / 2021 du 12/04/2021

Nom patient	JALAL ABDELHAKIM	Entrée	12/04/2021
	PAYANTS	Sortie	12/04/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Consultation d'hepato-gastro-enterologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
INPE  
090063728

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMEI

CASABLANCA

## Reçu de caisse

MédHOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

N° : 2104121150219520 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2100176773	JALAL ABDELHAKIM	12/04/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	2882704/BMCI Lui-même	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : O.NAOUAL

Hôpital Universitaire  
International Mohammed VI  
INDE  
090063728