

# 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.

## Diologie 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.

## Maladie chronique :

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  
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



2485  
71013

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019689

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2485 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BEZOUJ Nouredine Date de naissance :  
Adresse : Hay EL Honda rue 2 n°12 Berrachid  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BEZOUJ Hanae Age :  
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 : CASA BLANCA  
Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 12/05/2021






# 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

24/4/2021      C      20000         
 Dr. Amine   
 15 A. Abet.   
 8 A. G.   
 03 22 30 68 94

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

   
 24/04/2021      121.00

# 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 :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX     

MONTANTS DES SOINS     

DEBUT D'EXECUTION     

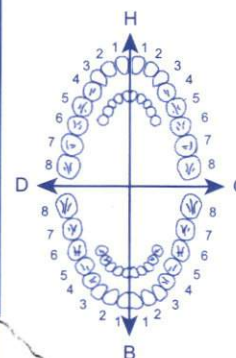
FIN D'EXECUTION     

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX     

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

# Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL  
et en Chirurgie Cervico - Faciale  
Exploration de L'Audition - Endoscopie

# الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

24/4/2021

الدار البيضاء

SAIDI  
Faculté  
24/04/2021  
10h15

Bezu Henza

55.00

D - Biomylos

19+

9/00

66.00

Q - strept

19

121.00

PPV:66 DH 00

6 118001 151431 >



Dr. Amine SAIDI  
Faculté  
24/04/2021  
10h15

PHARMACIE OUM ERRAJ  
Dr. Adnane DIDAT  
Boulevard OUM ERRAJ HASSAN, OULFA  
CASABLANCA. Tél: 05.22.90.68.72 - Fax: 05.22.90.11.44