

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

UD: N° M21- 1052524

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01333 Société : R-A-M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MEGZARI ABDELHAMID

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDELLAH - CASA

Tél. 0661973427 Total des frais engagés : 2000,00 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/6/2021

Nom et prénom du malade : Habiba Beuslim Age: 51 ans

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

Nature de la maladie : Gonorrhée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dureur de genou

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 : EL JABIA Le : 29/06/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019



# 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
29/6/2021	Injection PRL	2 gues	2000 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IMANE Dr MESBAHI Ahmed 21 Bd. Nakhil - El Jadida Tel : 07-37-75-83	29/06/21	95,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

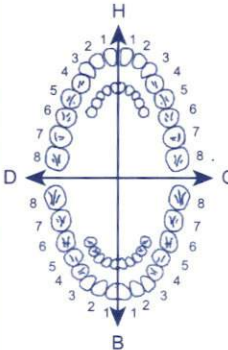
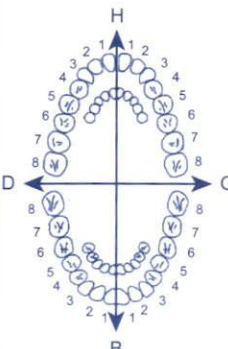
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Mohamed Bayad  
Spécialiste Orthopédie -Traumatologie  
Chirurgie orthopédique  
et réparatrice Traumatologie  
Chirurgie prothétique  
Traumatologie de Sport  
Arthroscopie



الدكتور محمد بياض  
أخصائي جراحة العظام و المفاصل و التقويم  
جراحة العظام و المفاصل و التقويم  
الجراحة التعويضية  
الجراحة الرياضية  
الجراحة بالمنظار

El Jadida Le

28/6/2021

Dr Habibe Benslimi

95,00

Extremes

sept

PHARMACIE IMANE  
Dr MASBAHI Ahmad  
21 Bd. Nakhil - El Jadida  
Tél : 077 27 06-88

Dr. Bayad Mohamed  
Spécialiste en Traumatologie Orthopédie  
Avenue Ennakhil Villa dane  
Immeuble MALAK SQUARE - El Jadida  
Tél : 05 23 39 19 39  
INPE 111054003

Docteur Mohamed Bayad  
Spécialiste Orthopédie -Traumatologie  
Chirurgie orthopédique  
et réparatrice Traumatologie  
Chirurgie prothétique  
Traumatologie de Sport  
Arthroscopie



الدكتور محمد بياض

أخصائي جراحة العظام و المفاصل و التقويم

جراحة العظام و المفاصل و التقويم

الجراحة التعويضية

الجراحة الرياضية

الجراحة بالمنظار

29/6/2021  
El Jadida Le .....

Je vous prie de bien vouloir  
Note ce certificat  
pour votre bien-être  
under à un ingénieur  
au I.R.E.

Dr. Bayad Mohamed  
Spécialiste en Traumatologie Orthopédie  
Avenue Ennakhil Villa dane  
Immeuble MALAK SQUARE El Jadida  
Tél: 0523 39 19 39  
INPE 111054003



Docteur Mohamed Bayad  
Spécialiste Orthopédie -Traumatologie  
Médecin Chirurgie orthopédique  
et réparatrice  
Chirurgie prothétique  
Traumatologie de Sport  
Arthroscopie



الدكتور محمد بياض

أخصائي جراحة العظام و المفاصل و التقويم  
جراحة العظام و المفاصل و التقويم  
الجراحة التعويضية  
الرضوض الرياضية  
الجراحة بالمنظار

REÇU 00114

M Habib BENSCIM

La somme de 72000 DHS

Deux mille deux.

pour injecteur de LRS

signature

Dr. Bayad Mohamed  
Spécialiste en Traumatologie Orthopédie  
Avenue Ennakhil Villa Dane  
Immeuble MALAK SQUARE El Jadida  
Tél: 05 23 39 19 39  
INPE 111054003

29/06/2021

شارع النخيل - فيلا دان - عمارة ملاك سكار - الجديدة  
Avenue Ennakhil Villa dane C - Immeuble Malak Squar - Le Jadida  
Tél : 05 23 39 19 39 - Urgence : 06 61 31 65 64 - INPE : 111054003  
Email : dr.bayad.mohamed@gmail.com