

# 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.

## Maladie chronique :

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- 0061716

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10068 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : H. SAIN JAMAL  
Date de naissance : 17/08/1981  
Adresse : HAY KAIT Rue 55 n° 03 Benoum  
Tél. : 06 22 38 15 00 Total des frais engagés : 102025 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 02/02/2022  
Nom et prénom du malade : H. SAIN JAMAL Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Née Abscès  
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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-061716

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



# 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
02/02/2022	CS	6		Dr. Houba BENJELLOUN Oncologie - Radiothérapie 091151894

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

LABORATOIRE D'ANALYSES  
Dr. CHAFA  
7 Rue 45 May Tadjik Sidi Bel Abbès  
Tél: 05.22.73.76.61 Fax: 05.22.73.76.62

01/02/2022      B.M.B.      355, /

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

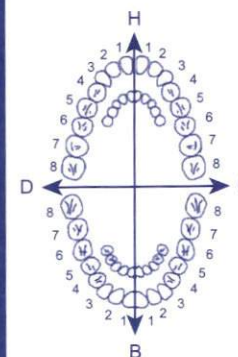
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

# 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

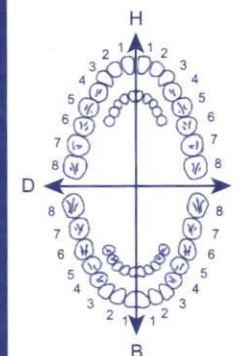
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Dr. Houda BENJELLOUN  
Oncologue - Radiothérapeute

Casablanca, le 2/2/2012

M. Hsain Jamal

Troponin

Dr. Houda BENJELLOUN  
Oncologie - Radiothérapie  
091151894

LABORATOIRE TARIK  
Dr. CHAFAY Driss  
17 Rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi Casa  
Tel : 05 22 75 76 61 Fax : 05 22 75 76 62

A m'en voyer

# LABORATOIRE TARIK D' ANALYSES MEDICALES

Dr. CHAFAY Driss -Médecin Biologiste

N°7, rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi

Tél. : 022 75 76 61 CASABLANCA

Pat.: 31634793

TVA:

**Facture** 92121

CASABLANCA Le : 01/02/2022

Analyses effectuées le: 01/02/2022

Pour.....: **Mr. HSAIN JAMAL**

Sur prescription du :Dr BENJELLOUN

Code.....: 4BK6978



Organisme.....:

## Bilan:

TROP1=B250

**Total : B 250**

**Montant Net : 350.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**TROIS CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts**

**LABORATOIRE TARIK**  
Dr. CHAFAY DRISS  
7 Rue 45 Hay Tarik Sidi Bernoussi Casa  
Tél : 05.22.75.76.61 Fax : 05.22.75.76.62

**Dr. CHAFAY Driss**

-Médecin Biologiste-

**Laboratoire TARIK  
d' Analyses médicales**

D.E.S de Biochimie-Immuno-Parasitologie  
Hématologie-Bactériologie  
Ancien Assistant de CHU  
Clermont - Ferrand - France

Hay Tarik Rue 45 N° 7 - 1<sup>er</sup> Etage - Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél.: 022.75.76.61 Fax: 022.75.76.62

Prélèvement du : 01/02/2022

Edition du : 01/02/2022



Code Patient 4BK6978

Mr. HSAIN JAMAL

Médecin: Dr. BENJELLOUN

**MARQUEURS  
MARQUEURS CARDIAQUES**

**TROPONINE Ic**

( Tech Chimiluminescence / Cobas e411 )

**Résultat..... : Négatif**

**Titre.....: 0.007      µg/l      < 0.16**

Dr. Chafay D.  
Médecin Biologiste