

# 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  
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° P19- 057899

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5197 Société : AA6034

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RENUANI - BAHJA

Date de naissance : 09/07/1959

Adresse : N° 12, Rue NARMENIE 2 Mars CAS

Tél. : 06644863 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Adnane ATIFI  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8, rue Ibnou Yaala El Ifrani  
CASABLANCA - (Quartier Racine)  
Tel : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

Date de consultation : 17/5/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : affection mémmenne

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 : 17/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

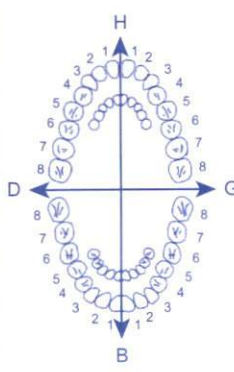
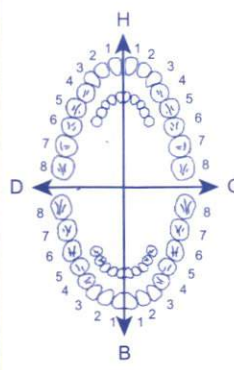
| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                                                                                                                                                                                                   |
| 17/05/22                       |                   | CS                    | 500 00                          | <br>CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE ET MAMMAIRE<br>Dr. Adnan Ait Abdellah<br>10, rue Ibnou Tadj El Ifrani<br>CASABLANCA - (Quartier Racine)<br>Tél. : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355 |

[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 :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                       |  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|--|
|    |                                                                                                                                                                         |  |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                            |  |                     |             |                            |  |
|  | <div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D<div>0000000000000000</div>G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div> |  |                     |             | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       | <div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>                                                   |  |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                         |  |                     |             |                            |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**

**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**

**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN**

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

17/05/2022

**Mme REDOUANI Bahija**

**NOTE D'HONORAIRE**

| Actes          | Montant       |
|----------------|---------------|
| Consultation   | 500,00        |
| <b>Total :</b> | <b>500,00</b> |

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

**CINQ CENTS DIRHAMS**

**Dr Adnane AFIFI**  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8, rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355