

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0061614

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1072 Société : 125364  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEN YOUSSEF ABDEL MAJID  
 Date de naissance : 04/02/1952  
 Adresse :  
 Tél. : 06 29 209 128 Total des frais engagés : VISITE RADIO 40DH + 112,50DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SKHIR Mohammed Karim  
 Date de consultation : 21/07/22  
 Nom et prénom du malade : MME BEN YOUSSEF FATIHA Age : 55 ans  
 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 Le : 28/07/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
21/07/22				
29/07/22				

Dr. SRHIR Mohammed Karim  
Médecin Du Travail

# 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
	21/07/22	Ra Paignet	119.000

# AUXILIAIRES MEDICAUX

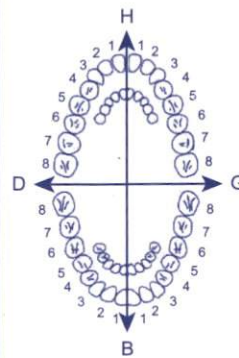
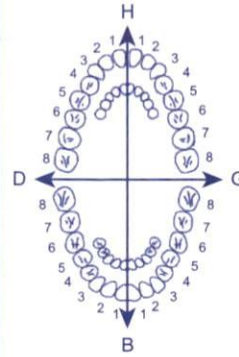
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

Pennyng

FATIMA

G

Le 21/07/22

R

Rx Pique

Och. P+L

[Signature]

Dr. SRHIR Mohammed Karim  
Médecin Du Travail



Royaume du Maroc  
Ministère de la santé  
et de la Protection Sociale  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bernoussi  
Centre Hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour



المملكة المغربية  
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
مندوبية عمالة  
مقاطعات سيدي البرنوصي  
المركز الإستشفائي الإقليمي  
مستشفى المنصور

## FICHE DE REFERENCE

### IDENTITE DU PATIENT

NOM ET PRENOM :

DATE ET HEURE DE REFERENCE :

AGE :

IDENTIFIANT DE LA CMB OU AUTRES DOCUMENTS :

ADRESSE :

MOTIF DE REFERENCE :

LIEU DE REFERENCE :

AUTRES INFORMATIONS :

### NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

### CENTRE REFERENCE

### NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN

Royaume du Maroc  
**Ministère de la Santé**  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bernoussi  
Centre hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour

Quittance

445115

/ B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
C		4000
Total .....		4000

Cachet du  
Service

Le 21/07/22 200

Signature du  
Régisseur

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Délégation à la préfecture  
des Arrondissements Sidi Bernoussi  
Centre hospitalier préfectoral  
Hôpital Al Mansour

Quittance

445116

/ B

Reçu de M

La somme de

NATURE DE LA RECETTE	Ex	SOMME
Ra Poigné		1200
Total		1200

Cachet du  
Service

Le ..... 200 .....

Signature du  
Régisseur