

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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- 063184

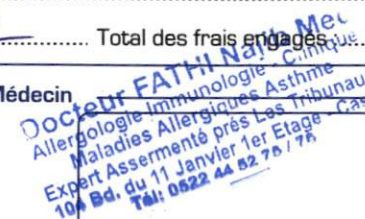
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société : ND
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENNIS Rachid
 Date de naissance : 22 oct. 1953
 Adresse : 29 Rue ABU EL WAKEL Boujague
 Tél : 0661122962 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17 / 08 / 2022
 Nom et prénom du malade : BENNIS Rachid Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Allergie redoublante
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : T.A. d'acier

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) :

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
17/08/07	Visite + Presc. attachée		Frais	 Dr. M. Boudia Maladies Infectieuses AIG Expert Assurimédical Page 1 104 Bd. du 11 Janv. 1901 91000 Evry-Courcouronnes

[illegible][illegible][illegible]

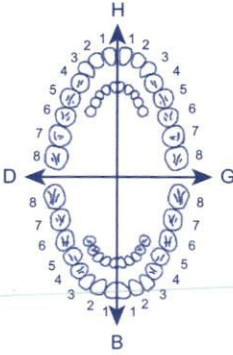
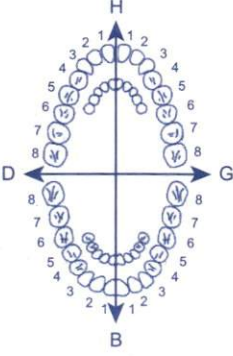
[REDACTED]

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'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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>



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

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>	
B	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	MONTANTS DES SOINS
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)	DES SOINS
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur FATHI NAJIB Med

ALLERGOLOGIE

IMMUNOLOGIE CLINIQUE

de la Faculté de Médecine de Nancy

Membre de la Société Française
d'Allergologie et d'Immunologie Clinique
Maladies Allergiques - Asthme

Expert Assermenté près les Tribunaux

104, Bd. du 11 Janvier - 1^{er} Etage - Casablanca

Tél.: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

الدكتور فتحي نجيب محمد

أمراض الحساسية والضيقة

بكلية الطب بنانسي

عضو في الجمعية الفرنسية لعلوم
المناعة والحساسية

خبير محلف لدى الحاكم

104، شارع 11 يناير الطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 44 52 76 - 05 22 44 52 75

Casablanca, le: 17-08-2023. في الدار البيضاء،

J'ai bien reçu un patient
M. Prénais Rochis suivi
Asthme allergique contrôlé,
et des allergies médicamenteuses
un Test et prick réalisés à la
Clinique M. surveillance ordonnée
médicale s'est avérée négative.
Donc non allergique à Paracétamol
très clarté.
D. noté non adhérent

Docteur FATHI Najib Med
Allergologie - Clinique
Immunologie Asthme
Tribunaux Casablanca