

## 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° W21-712720

127395

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405 Société : RAY

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZANAD OTHMANE

Date de naissance : 22.01.1971

Adresse : N°18 RES. NADIR, QUARTIER EL WIAM  
EL OULFA CASA

Tél. : 06 61236383 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.07.2022

Nom et prénom du malade : BENHADDA Hana

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

Nature de la maladie : Contrôle

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.

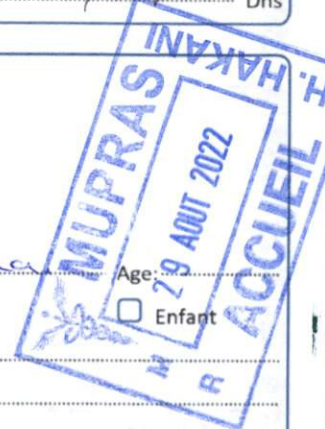
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 29/08/2022

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
06.07.2022	Echographie		400.000	INP : 04125631

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

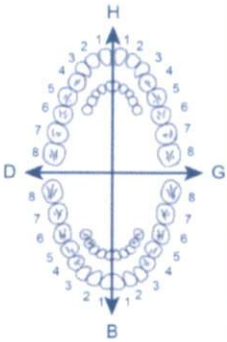
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

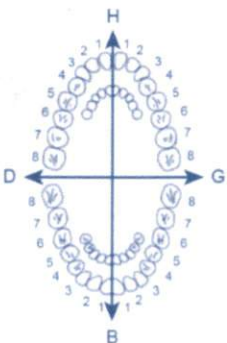
Important :

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	INP : <input type="text"/>
				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

	<table><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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>						
	H																						
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
	D	G																					
	00000000	00000000																					
	35533411	11433553																					
	B																						
	<table><tr><td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td></tr><tr><td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr><tr><td colspan="2"><input type="text"/></td></tr></table>	[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction]																						
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																							
<input type="text"/>																							
<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

# CLINIQUE JIHANE

## Gynécologique et Obstétricale

CLINIQUE JIHANE, AVENUE CHEIKH SAADI AGADIR

مصحة جهان

شارع الشيخ السعدي اكادير

TEL : 0528 847222 - 0528 824737

FAX : 0528 82 83 37

EMAIL :

الهاتف : 0528 847222 - 0528 824737

الفاكس : 0528 82 83 37

البريد :

## ECHOGRAPHIE PELVIENNE

NOM : BENHADDA HASNA

INDICATION :

DATE D'EXAMEN : 04/07/2022

DDR :

Jour du cycle :

Semaines d'aménorrhée :

VESSIE :

UTERUS :

-Position :

-Dimensions :

-Echostructure :

-Contours :

ENDOMETRE :

CAVITE UTERINE :

ANNEXES :

-Droite : RAS

-Gauche : RAS

DOUGLAS :

### CONCLUSION

petite image de rétention de 1,05 cm

Dr. SAYAKH Abdelilah  
Gynécologue - Accoucheur  
CLINIQUE JIHANE  
Av. Cheikh Saadi - AGADIR  
Tél : 0528 847 222 / 0528 824 737

# CLINIQUE JIHANE

Gynécologique et Obstétricale

N° 113 Avenue Cheikh Sâadi

Tél: 05 28 84 72 22 - 05 28 82 47 37

Fax: 0528 82 83 37

Agadir



مصحة جهان

للولادة و أمراض النساء

رقم 113 شارع الشيخ السعدي تمديد X

37 47 82 28 05 / 22 72 84 28 05

05 28 82 83 37

أكادير

## NOTE D'HONORAIRES

Agadir, Le 06.07.2022.

Nom: BEACHADA

Prénom: Hassan

Consultation : .....

Echographie : .....

DIU : .....

Laboratoire : .....

Pediatre : .....

Electrocoagulation : .....

Revision uterine : .....

Curetage biopsique : .....

Forfait accouchement : .....

Opération césarienne : .....

**TOTAL**

Arretée la presente facture a la somme de :

quatre cent mille

Dr. SAYAH Abdellah  
Gynécologue - Accoucheur  
CLINIQUE JIHANE  
Av. Cheikh Sâadi Talborjt - AGADIR  
tel: 0528 828 737 / 0528 847 222



Clinique JIHANE

VS8807374 22 07 04 12

TIs 0.1 04.07.2022

Tib 0.1 1:33:46 PM

MI 1.1 RIC5-9A-RS

2Hz/ 7.0cm

IR0°/1.2

Routine HI/GYN

HI M PI 11.00 - 3.60

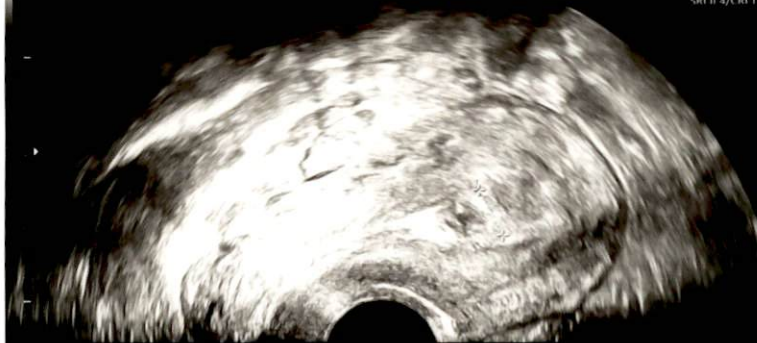
AO 98%

Gn 2

C6/M7

FF2/E2

SRI B 4/CRI 1



Voluson  
S8

1 D 1.05cm