

# 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

- Réclamation : 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

M22- 0011412

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BALMANE Mohamed  
 Date de naissance : 01-01-1941  
 Adresse : Cité Djémâa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca  
 Tél. : 0661 789212 Total des frais engagés : 1665,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2023  
 Nom et prénom du malade : El hamdou Houda Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : correction optique + sécheresse oculaire  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Casablanca

Le : 08/02/2023


Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

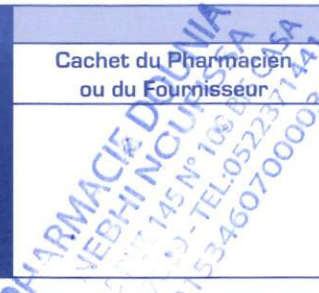
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
06/02/23	consultation		350	 Dr Asmaa El Hachimi Professeur de Supérieur CHU de Tunis

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/02/2023	1315,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

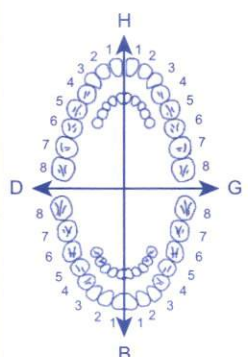
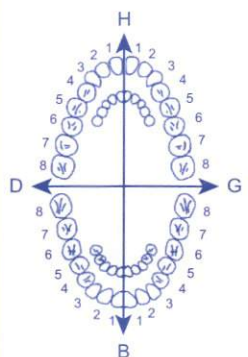
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              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



## ORDONNANCE

06 février 2023

Mme EL HAMDOUN HABIBA

1/ IDROFLOG

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS


ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

ZIMAJ MEDICAL  
PPC  
219.30 DHS

Dr Asmaa EL KETTANI  
Professeur de Spécialisation  
Supérieure d'Ophtalmologie  
CHU de CASABLANCA

**BILLET D'ADMISSION**

<b>N° admission</b>	 23B061554
<b>Nom patient</b>	<b>EL HAMDou HABIBA</b>
<b>Médecin</b>	<b>EL KETTANI ASMAA</b>
<b>Motif</b>	<b>CONSULTATION - DR KE</b>
<b>Encaissement</b>	350.00

*Visa accueil*  
  
WAFAA 15:54

**CLINIQUE AL MADINA**  
CAISSE ③  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 3217 / 2023 du 06/02/2023

Nom patient **EL HAMDOUN HABIBA**  
**PAYANT**

Entrée 06/02/2023

Sortie 06/02/2023

### CONSULTATION - DR KE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CONSULTA	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
Total Clinique				100,00

PR. EL KETTANI ASMAA (ophtalmologue) CONSULTA	1,00		250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total Autres prestations				250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	350,00
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

**CLINIQUE AL MADINA**  
FACTURATION  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01