

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

N° W21-769930

Par  
Pli

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 0405		Société : 160572	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JABER EL HOUSSINE			
Date de naissance : 1941			
Adresse : Route EL Aoudia, lot Tahouini AS N° 4 ouïda			
Télé : 05 36 24 39 52 Total des frais engagés : # 493,80 Dhs Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin  
DR BENABDELLAH NAWAL  
MEDECIN NEPHROLOGUE  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE 081227985

Date de consultation : 03/05/2023  
Nom et prénom du malade : Jaber EL Houssine Age:  
Lien de parenté :  Lui-même  conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Insuffisance rénale chronique  
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 : ouïda. Le : 06/05/2023.  
Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-769930

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0405  
 Nom de l'adhérent(e) : JABER  
 Total des frais engagés : 493,80  
 Date de dépôt : 06/05/23

### RELEVE 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
02/05/23			CC	INP : 1127319 CLINIQUE MEDICAL PROTHOMA BICLINIQUE AL IRFANE 08/05/23

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU DOUZI Nourddine 10, Avenue Abdellatif - 00150 Tél : 03 88 74 91 00	03/05/23	493,80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Co Labo	Barcode	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	082050626			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coeficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

ORDONNANCEOujda, le : 03/05/23

- ANESTHESIE - REANIMATION
- CARDIOLOGIE
- CHIRURGIE GENERALE
- CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- CHIRURGIE INFANTILE
- CHIRURGIE THORACIQUE
- CHIRURGIE VASCULAIRE
- ENDOCRINOLOGIE
- GASTRO - ENTEROLOGIE
- GYNECO - OBSTETRIQUE
- MEDECINE GENERALE
- MEDECINE INTERNE
- NEUROCHIRURGIE
- NEUROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- ONCOLOGIE MEDICALE
- O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- PNEUMOLOGIE
- TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- UROLOGIE
- URGENCES



7. Jaber El Houssine  
 307100 ordonnance n° 12513  
 1) Lyrice 75 → (S)  
 40,48 1cp x 2 / J 15 Jrs  
 2) Neteospasmyl  
 52,40 2gel x 3 / J 05 Jrs  
 3) Smecta (S)  
 94,10 1 S x 3 / J 05 Jrs  
 4) Ryboflore 150 mg  
 1cp x 2 / J 15 Jrs  
 493,80

7, Bd. Jalloul Mohamed Hay Al Irfan - OUDA - MAROC

Tél : 05 36 53 20 20 - 05 36 53 33 40 / Fax : 05 36 53 39 54 - 05 36 53 37 55 | adm.clinique@gmail.com  
 ICE : 001740097000060 - Patente : 11277319 - I.F : 14413857

BENABDELLAH NABIL  
MEDICAL Nephrologist  
CLINIQUE AL IRFANE

05181227985