

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0006800

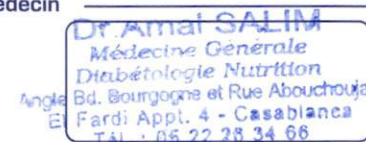
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10679 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENAÏSSA Hind  
 Date de naissance : 26/01/76  
 Adresse : HABITUELLE A75923  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/09/2023  
 Nom et prénom du malade : BENAÏSSA Hind Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Céphalées + asthénie  
 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 : 13/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

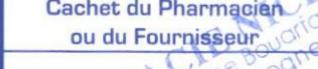
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
13/09/23	G		200,00	 Dr. Amel Sami Médecin Généraliste Diabétologue Bd. Bourguiba El Fardj 0964 0964

**Dr Amel SAHME**  
Médecin Généraliste  
Diabète - Hypertension  
Angle de Bourbourg - Mairie  
Eiffage - Rue Voudouga  
Tél : 06 72 29 84 66  
Capitaine

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
	Date: 13/09/23 Montant: 99,00

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

[illegible]

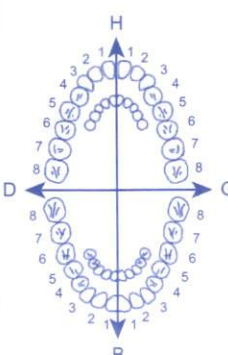
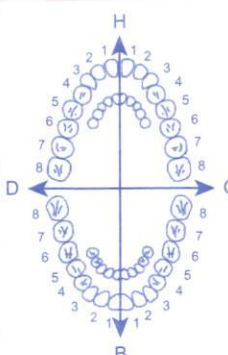
Cachet et signature  
du Praticien

## 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.

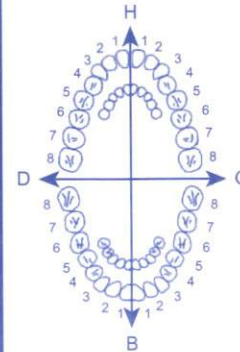
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>B</b> </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"> <b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                 </td> </tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="4" style="vertical-align: top;">DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="4" style="vertical-align: top;">DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<b>B</b>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>H</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>																																													
	<b>B</b>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																															
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																											
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

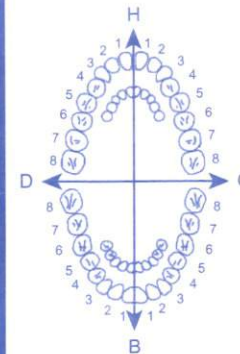
**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montants  
des Soins

Date du  
Devis

Date de  
l'exécution



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

**Dr. Amal SALIM**

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale

Diabétologie - Nutrition

Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط  
بوردو، رين

الطب العام

داء السكري و الحمية

الفحص بالصدى - طب الشغل

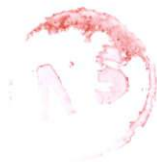
Casablanca, Le: 13/09/23

Mme BENAISSA Hind

1) Stuviactin AB

99,3 1 amp / 1 le matin

PHARMACIE NICE  
1, Av. Nice Résidence Bouraïda  
RD MG, N° 3, Bouraïda  
Casablanca  
Tél : 05 22 94 93 39



LOT : 0012  
PER : 04 2026  
PPC : 99.00DH

Dr. Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie - Nutrition  
Angle Bd. Bourgoigne et Rue Abou Choujaa  
El Fardi Appt. N° 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 94 93 39