

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## itions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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

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° P19-0049700

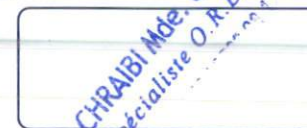
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 503 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SEBTE ABDESLAM 108041  
Date de naissance : 15/08/46  
Adresse : RUE SOCRATE RESIDENCE ESPACE SOCRATE  
PORTE D. ETASEL APPT. NAARIE CAVA  
Tél. : 0645509849 Total des frais engagés : 5000430 CTOS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/03/2012  
Nom et prénom du malade : BENTANY KANMAR Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : C.A.S.A. Le : 15/03/2012  
Signature de l'adhérent(e) :

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 15/03/22        | C2                |                       | 200,30                          | Dr. CHAIBI Mde. CHAIBI<br>Spécialiste O.R.L.                   |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                      | Date    | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| Pharmacie - Tél : 05 25 25 22<br>Rue Socrate - Montpellier<br>Madame BARTAL | 15/3/22 | 200,30                |
|                                                                             |         |                       |
|                                                                             |         |                       |
|                                                                             |         |                       |
|                                                                             |         |                       |
|                                                                             |         |                       |
|                                                                             |         |                       |
|                                                                             |         |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                          | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |
|                           |                                                                                                                                                                                                                                         |                  |             |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHRAIBI Mohamed Chakib

CABINET D'OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE  
ET DE CHIRURGIE MAXILLO - FACIALE

Angle Bd Abdelmoumen et  
82, Rue Soumaya (Immeuble Renault)  
3<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37



الدكتور الشرايبي محمد شكيب

عيادة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق

82, زنقة سومية - شارع عبد المومن  
عمارة رونو - الطبقة 3 - الدار البيضاء  
الهاتف : 05 22 25 26 19 / 05 22 98 72 37

Casablanca, le : 15/01/2022 : الدار البيضاء، في :

Bentay

KATMAN

116, 40

Flores 50

gl x 8, 100

44, 20

Difal 10

3 x 4

39, 70

Fucosm 21

7cl de

ou

200, 30

Dr. CHRAIBI Mde. Chakib  
Spécialiste O.R.L.  
0522 25 26 19/05 22 98 72 37

APV 116DH40 LOT ON0191  
EXP 01/2023

Madame BARTALIMIA  
Pharmacie de Achraf  
Rue Soumaya - Casablanca  
Tél : 0522 25 22 09

DIFAL®  
Diclofenac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
PPV : 44,20 DH  
فلايدين 50%  
أنبوب من 15 غ  
39, 70