

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039929

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2450 Société : 25976

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAHSINE ABDELOUAHED

Date de naissance : 22.3.53 H.CASA

Adresse : HAY MAZOLA Rue 1 N°154 H.H.H.SANI CASA

Tél. : Total des frais engagés : 497,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/03/2020

Nom et prénom du malade : MOUSTAHSINE ABDELOUAHED

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

Nature de la maladie : Affection de L

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039929

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 : 2450

Nom de l'adhérent(e) : MOUSTAHSINE

Total des frais engagés : 497,80 DH

Date de dépôt :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3/4/2022        | Y                 |                       | 250,79                          | Dr. ABRI AHMED   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| Pharmacie Dr. MENJOU<br>Angle Bd. Ibnou Sinaïa<br>Hay Hassani - Casablanca<br>Tél. : 05 22 89 50 05 | 03/04/2020 | 247,80                |

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

# VOLET ADHERENT

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

# 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 de

| 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   |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | <table border="1"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                           | H   |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | 25533412  | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | D   |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | 35533411  | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | B   |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | G   |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                     | 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. Ahmed JABRI**

**Spécialiste O.R.L**

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

**الدكتور أحمد جابري**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le : 03/04/2020 : الدار البيضاء، في :

Dr MOUSTAHSINE

ABDELAHED

صيدلية الحنجرة  
Dr MENJRA  
JRA Samir  
Boulevard Sinaï Rue 4  
Casablanca  
22 69 50 05

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80

S.V

1) - DAZEN CP  
47,80

2 CP x 2 J

1065

PPV: 50DH00  
PER: 12/22  
LOT: I2774-1

S.V

2) - Car Tee CP  
50,00

1 CP / J

11415

LOT: 6880364 PER: 02  
PPV: 75,00DH

Dr. JABRI AHMED  
Oto-Rhino-Laryn  
Chirurgie Céleste  
N° 16 1er étage  
Bd. Sidi Abderrahmane  
Tél: 0522 93 14 99

NAZAIR Pul

75,00 x 2 II Pul x 2 J

T= 247,80

NAZAIR® 50µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
flacon de 100 doses  
6 118001 101269

76 شارع سيدي عبد الرحمان - درب الحرية، الطابق الأول (أمام مصحة ياسمين) الحي الحسني - الدار البيضاء  
76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1<sup>er</sup> étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani  
Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email : ahmedjabri@hotmail.com - INPE : 091079491