

# 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.

## Biologie 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  
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- 050507

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13234 Société : 38921

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATIMI ZAHRA

Date de naissance : 7.11.1992

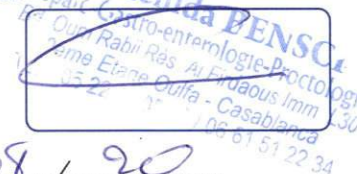
Adresse : RUE JILALI EL OUFIR RES DAWLID 3 APT AUH

JAALIF EXTENSION CASA

Tél. : 0675360967 Total des frais engagés : 300 + 200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/08/2020

Nom et prénom du malade : FATIMI ZAHRA Age :

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

Nature de la maladie : Troubles digestifs

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 : Casa Le : 28/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/08/20        | (CS)              |                       | 300 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 25.08.2020 | 5/150                        | 20000                  |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 de

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient         |                         |  |
|---------------------------|--|------------------|---------------------|-------------------------|--|
|                           |  |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
|                           |  |                  |                     |                         |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>11433553</div> </div> </div> (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

**FACTURE N° : 200800585**

Casablanca le 25-08-2020

**Mlle Zahra FATIMI**

Demande N° 2008250046

Date de l'examen : 25-08-2020

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

| CN | Analyse  | Val  | Clefs |
|----|--|------|-------|
|    | Recherche d'Ag Helicobacter pylori dans les selles | B150 | B     |

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 200DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirham s .

LABORATOIRE MEDICAL D'ANALYSES MEDICALES  
(Dr BENMIMOUNI)  
240, Bd Brahim Rouhani Maarif  
Tél. 05 22 25 78 25 - 05 22 25 39 61  
Casablanca - Maroc 35805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine

RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

Prélèvements à domicile  
sur rendez-vous

**Date du prélèvement** : 25-08-2020 à 11:51

**Code patient** : 2007110012

**Né(e) le** : 07-11-1992 (27 ans)



**Mlle FATIMI Zahra**

Dossier N° : 2008250046

Prescripteur : Dr Rachida BENSRI

## BACTERIOLOGIE

### RECHERCHE DE L'Ag *HELICOBACTER PYLORI* DANS LES SELLES

**Résultat :**

(Méthode immuno-chromatographique)

Recherche négative

مختبر التحليلات الطبية  
LABORATOIRE SQALLI D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. BENMILOUD  
240, Bd. Brahim Roudani Maarif  
Tel : 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61  
Casablanca

Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna