

# 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.

## Educations :

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 :

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° P19-0036844

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1572 Société : Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUNIR TAHAR  
Date de naissance : 01.01.1938  
Adresse : Groupe B Rue 91. N°13 EL OULFA. CASA.  
Tél. : 06 58 06 92 57 Total des frais engagés : 224,70 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
DR. BENJELLOUN M. KAMAL  
Diplôme en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
Diplôme en Médecine du Sport de Rennes  
Diplôme en Echographie Générale de Montpellier  
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél : 05 22 36 78 77 - GSM : 06 61 32 74 20  
Date de consultation : 16 NOV. 2020  
Nom et prénom du malade : MOUNIR Keltoum Age : 87  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ALD A + ALD B  
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 : 09 / 12 / 2020


Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature et signature du Médecin
16 NOV. 2020	C + B, D		200,00	Signature du Médecin et signature du Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	16 11 2020	784,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d**

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"/>		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are represented by circles and are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center (midline) and moving outwards. The diagram is oriented with 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right, indicating the patient's perspective.

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

**(Création, remont, adjonction)**

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'EXE

LOT : 1294  
UT. AV : 06-25  
F.P.V : 30 DH 80

97,70

49,40

الدكتور بن جلون  
طبي

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية  
من كلية الطب بسور دو

عضو في الجمعية الفرنسية

Membre de la Société Francophone  
de Diabétologie (SFD)

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

de Sport  
de Rennes

omme

2 - Bd. Ghandi

Casablanca

Urgence : 06 61 32 74 20

ص بالصدى

ونيلي

الرياضي

رين

ب

شارع غاندي

الدار البيضاء

06 61 3

153,00

153,00

CASABLANCA, LE 16 NOV. 2020 في الدار البيضاء،

97,70 HANNA Kellam  
49,40 Anne S  
153,00x3 S le m d h x Joud  
89,50 Tawezar 100 an  
30,80 S le m d h x Joud  
100 x 3 100 an  
100 x 3 100 an

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr



LOT : 6684  
U.T. AV : 11.21  
P.P.V : 58 DH 30

magaffor 150

AS X 31

78470

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**  
Diplômé en Otolaryngologie et Nutrition de Bordeaux  
Diplôme en Médecine de Sport de Rennes  
Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ah. Ind. Casablanca  
Tél.: 05 22 36 76 77 Cam 06 61 22 74 20

