

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

## ditions 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.

## rmacie :

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 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.

## adie 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° M20- 0005017

55674

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1987 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZNIBER Mohamed

Date de naissance : 9-5-70

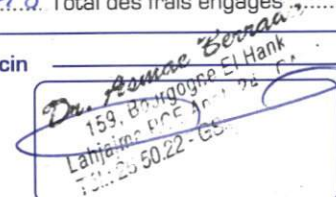
Adresse : Roc EL Benzouat 3 Im 6 Bd de la Cade

Casablanca

Tél : 0661 3402 18 Total des frais engagés : 283 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/2021

Nom et prénom du malade : ZNIBER BOUCHRA Age :

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

Nature de la maladie : Cancer

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/01/2021      |                   |                       | 1800dh                          | Dr. <i>[Signature]</i><br>159, Bourgogne El-Hachem<br>Lahia<br>Tél: 20.50.22.65 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>[Signature]</i><br>PHARMACIE ONYX<br>L'Orfèvre L'Orfèvre<br>60, 131 ALIENORGE - 13100 ALAI<br>Tél: 04 78 75 05 22 - Fax: 04 78 75 05 24 - A | 15/11/21 | 133,00                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 <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 CCEFFICIENT 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>D</td> <td>G</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> </table> |  | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 35533411   | 11433553                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Asmae BERRADA

Médecine Générale  
Diplôme Universitaire de Gynécologie Medical  
de la Faculté de Bordeaux  
Stérilité et Fertilité du Couple  
Colposcopie  
Echographie Générale  
Electrocardiogramme

15/01/2021

Casablanca, Le : ..... : الدار البيضاء في

Mme Zniber Bouchra

14,100  
69,00  
50,00  
DOLIPRANE 1 g  
1 comprimé, 3 fois par jour

DOCI VOX  
Ipastille .3 j

CURTEC 10 MG  
1 comprimé le soir au coucher, pendant 7 jours

## الدكتورة أسماء برادة

الطب العام  
دبلوم جامعي في طب النساء من جامعة بوردو  
علاج عقم الزوجين  
فحص عنق الرحم بالمنظار  
الفحص بالصدى الصوتي  
التخطيطات القلبية

PPV: 14DH00  
PER: 07/22  
LOT: I1803

LOT: 200314  
DLUO: 10/2023  
69,00 DH

on  
atoires  
e toux

PPV: 50DH00  
PER: 06/23  
LOT: J1734-1

tot = 133,00

THAMMA UNYK  
Boulevard de la République - A  
Tél: 0522 26 50 22

Dr. Asmae Berrada  
159, Bd. Bourgogne - El Hank  
Lahajma - Casablanca  
Tél: 0522 26 50 22 - GSM