

# 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.

## 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° M21- 0050256

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2774 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SARDY Mohamed  
Date de naissance : 13-12-1948  
Adresse : Lot Ain Diab II Imm. A n°9 Casablanca  
Tél. : 0661 214006 Total des frais engagés : 618,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 14/07/2021  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prostate  
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 : 27-07-2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/07/2021

Signature du médecin :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 14/07/20        |                   | 2                     | 300                             |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIRI</b><br>15 - 16 Rue Kergomar<br>Résidence Ambar - Casablanca<br>Tel. 022 79 79 01 | 14/07/20 | 318,60                |
|                                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                                       |          |                       |
|                                                                                                                       |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |
|                                                     |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

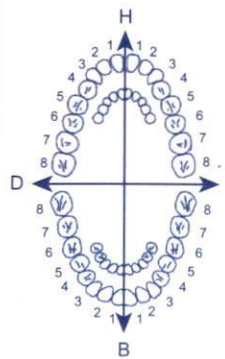
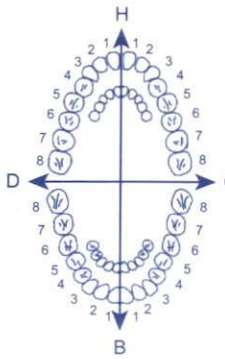
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, 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                                                             | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |                                         |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                                              | 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. Hamid MAWFIK

Maladies et chirurgie des reins et de  
l'appareil urinaire - Stérilité masculine  
Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision

Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou - Rochd



الدكتور حميد موفق

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى - الختان  
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 14-07-2021 في الدار البيضاء

أستاذي المحترم

VECA 10

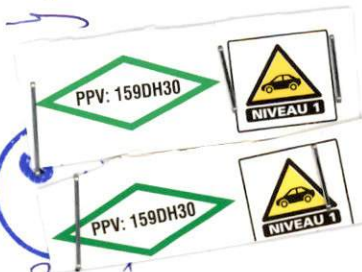
1 y / j x 1 →

159,30 x 2

FLORA 2 y

1 p l e n i x 3 →

T = 318,60



Dr. Hamid Mawfik  
Tél: 05 22 48 78 77 - CASABLANCA

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SKIREDA ROUKHA  
15-16 Rue Kergomar  
Résidence Anher - Casablanca  
Tel: 022 79 79 01