

# 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  
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**



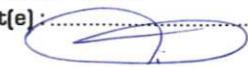
*SANAR Ahmed*

## Déclaration de Maladie : N° P19-0016023

☒ **Maladie**      ☐ **Dentaire**      ☐ **Optique**      ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**  
Matricule : *2233*      Société : *DAM*  
☐ Actif      ☒ Pensionné(e)      ☐ Autre :  
Nom & Prénom : *SANAR AHMED*      Date de naissance : *17/07/1984*  
Adresse : *35 Rue EL Alloussi Bourgogne Casablanca*  
Tél. : *05 22 49 28 00*      Total des frais engagés : *150,00 DH*

**Cadre réservé au Médecin**  
Cachet du médecin :   
Date de consultation : *17/07/2019*  
Nom et prénom du malade : *Sanar Ahmed*      Age : *34*  
Lien de parenté : ☐ Lui-même      ☐ Enfant  
Nature de la maladie : *A.E.R.*  
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 : *17/07/2019*  
Signature de l'adhérent(e) : 



# 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
22/06/19	SS		250,00	<p> <b>CLINIQUE BADR</b>                      35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa.                      Tél.: 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84                      Fax: 05 22 49 23 86                 </p>
22/06/19	quelque		200,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		<b>ASSISTANCE YALI SARL AU</b> 2, Rue Essanaoubar Etg 4 Appt 12 Casablanca 7001,00 DHS

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

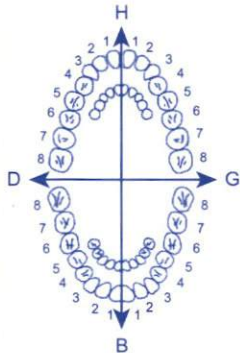
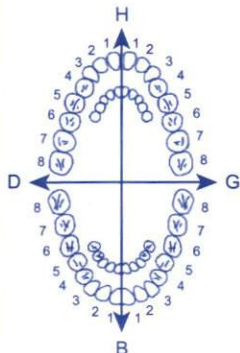
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>CLINIQUE BADR</b> 35 Rue El Aloussi Bourgogne Casa. Tél.: 05 22 49 28 00 / 80 / 82 / 84 Fax: 05 22 49 23 86	22/06/19				x	100,00
	22/06/19				x	100,00

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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





# ASSISTANCE YALI

Casablanca, le 22 Juin 2019

**Facture N°1010/2019**

Désignation	Montant
Transport par ambulance de monsieur <b>AHMED SENNAK</b> de son domicile vers Clinique Badr.	700,00
<b>Total</b>	<b>700,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cents dirhams.

**ASSISTANCE YALI SARL AU**  
2, Rue Essanaoubar Etg 4  
Appt 12 Casablanca

2 Rue Essanaoubar Etage 4 Appt 12, Casablanca  
Tél : 0663-53-47-80 / 0665-87-79-48 / 0661-45-21-93  
e-mail : [Wafa\\_Ambulance@yahoo.fr](mailto:Wafa_Ambulance@yahoo.fr)  
RC N° : 429393 – Identifiant Fiscale N° : 34444338  
ICE : 002243009000028



## CITM Clinique BADR

37, Rue Al Alloussi Bourgogne

092 / TP:35630123/ ICE: 001326100000037

### F A C T U R E

N° : 201901774

Du : 22/06/2019

Nom patient : M. SENNAK AHMED

*Médecin prescripteur ; DrREANIMATEUR*

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
FRAIS CONSUTATION	1	250,00
FRAIS CLINIQUE	1	200,00
PHARMACIE	0	100,00
PERFUSION	0	100,00
Total		650,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

CITM CLINIQUE BADR  
37 Rue Al Alloussi Bourgogne - Casablanca  
Tel : 092 35 63 01 23 / 00 80 92 84  
Fax : 092 35 63 01 23