

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educational :

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.

## Chronic :

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° P19-0040170

ND-30092

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4916 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NAKBOUR Mostafa

Date de naissance : 4/11/59

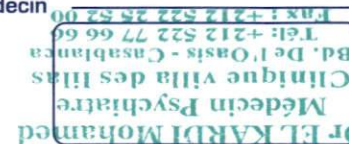
Adresse : 104, Bd Yacoub EL NAKBOUR

CASA

Tél. : 0662 412724 Total des frais engagés : 122,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/05/2020

Nom et prénom du malade : M. AKBOUR Age : .....

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

Nature de la maladie : CH Psychiatrie

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 : 16/5/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

28 JUN. 2020

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                                                                                            |
| 14/09/2020                     |                   | C3                    | 38000m                          | <br>Dr. ABDEL KARDI MBONGO<br>Clinique Psychiatrique<br>21212 5212 5212 |

14/07/2020 C3 3500m

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |         |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date    | Montant de la facture |
|  | 14/5/20 | 772,00                |
|                                                                                  |         |                       |
|                                                                                  |         |                       |
|                                                                                  |         |                       |
|                                                                                  |         |                       |

14/5/20

772,20

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                 |                              |                        |  |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------|--|
|                                          | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |  |
| LOT:006<br>PER:FEV 2022<br>PPV:400 DH 00 |                              |                        |  |
| PPV: 281 DH00                            |                              |                        |  |
| CODE No : 01DRUGSAMN/95/2                |                              |                        |  |

LOT: 006  
PER: FEV 2022  
PPV: 400 DH 00

PPV: 281 DH00

CODE No.: P/DRUGS/MNB/952

[illegible]

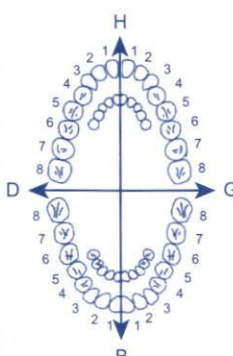
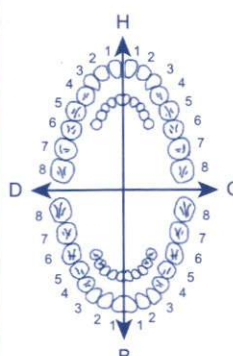
LOT:KE90017  
PER:DEC 2020  
PPV:91 DH 00

## 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 canaux, ainsi que le bilan

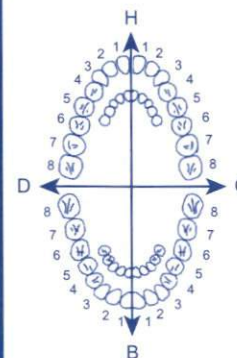
| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Nature des<br>Soins | Coefficient |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT<br/>D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN<br/>D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS<br/>DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU<br/>DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE<br/>L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

| SOINS DENTAIRES | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                 |                   |                     |             |                            |
|                 |                   |                     |             |                            |



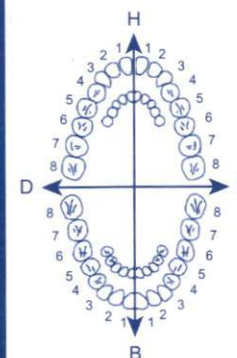
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                                               |          | DETERMINATION DU CœEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                 |          | CœEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------------------|--|
|                                                                                                            |          | <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 |  | <input type="text"/> |  |
|                                                                                                            |          | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
|                                                                                                            |          | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552 |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
|                                                                                                            |          | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000 |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
|                                                                                                            |          | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G        |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| 00000000                                                                                                   | 00000000 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| 35533411                                                                                                   | 11433553 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| B                                                                                                          |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |          | <p>MONTANTS<br/>DES SOINS</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                           |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                       |          | <p>DATE DU<br/>DEVIS</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                       |          | <p>DATE DE<br/>L'EXECUTION</p> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                          |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                       |          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                       |          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |
| <input type="text"/>                                                                                       |          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |          |                            |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                      |  |

■

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Casablanca, le 14/05/2020

M. M. BUL SHMAN

402100



7258  
PHARMACIE AOURIR  
32, Rue Lagramta - Oasis  
Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca

92100



PHARMACIE AOURIR  
FOUDALI KHADIJA  
52, Rue Lagramta - Oasis  
Tél : 0522 99 31 23 - Casablanca

28100



DR EL KARDI Mohamed  
Médecin Psychiatre  
Clinique Villa des Lilas  
Bd. de l'Oasis - Casablanca  
Tél : +212 522 77 66 65  
Fax : +212 522 25 52 00

