

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

## Consignes générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

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

## 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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° P19- 0045286

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 673 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Septi ABDALLAH

Date de naissance : 1947

Adresse : 27 Allée de l'Europe Au Fas

Tél. : 0661 3236 24 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

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
01/07/2020	Examen clinique	1	6000	
	consultation d'urgence	1		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

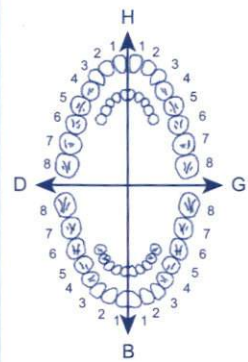
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

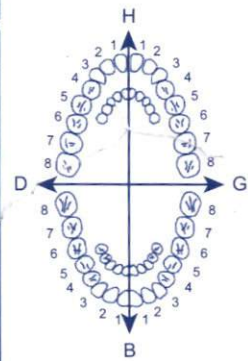
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> </div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, Le

17/09/19

M<sup>R</sup> SEBTI Abdelali

NFS + Ps.

Long créatinine

Bilan lipidique ophth.

TSH

GA5 + HBAAC

ASAT, ALAT, CRK.

PSA

Dr. Hajar Guennioui Lahbabi  
Cardiologue  
67, Rue Al Fourate, Rés. Barnabé  
4ème Etage N° 7 Maarif - Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 25 59 69 - GSM: 06 62 07 21 27

Dr. Hajar Guennioui Lahbabi  
Cardiologue  
67, Rue Al Fourate Rés. Bernaben  
4ème Etage N° 7 Maârif - Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 25 59 69-GSM: 06 62 07 21 27

Casablanca, Le

17/09/2011

M<sup>r</sup> SEBASTI ABDELALI

Echodoppler Artérielle  
membre inf.

Dr. Hajar Guennioui Lahbabi  
Cardiologue  
67, Rue Al Fourate Rés. Beerraben  
4ème Etage N° 7 Maarif - Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 25 59 59 - GSM: 06 62 07 21 27



AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 01/08/2020

Reçu la somme de

Google (for cent M)

De Mr, Melle, Mme

Scpt Abdelali

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour  
bouchon de cérumen

Dr. Abdelali  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
C.O.R.L AL FARABI  
Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casa  
Tel : 022 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
051091439

Nom: SEBTI ABDELALI

Date de naissance: 15/09/1943

Sexe: Masculin

Poids: -

Taille: -

Identifiant: 5830N°4

Médecin: CARDIO SOUALY M

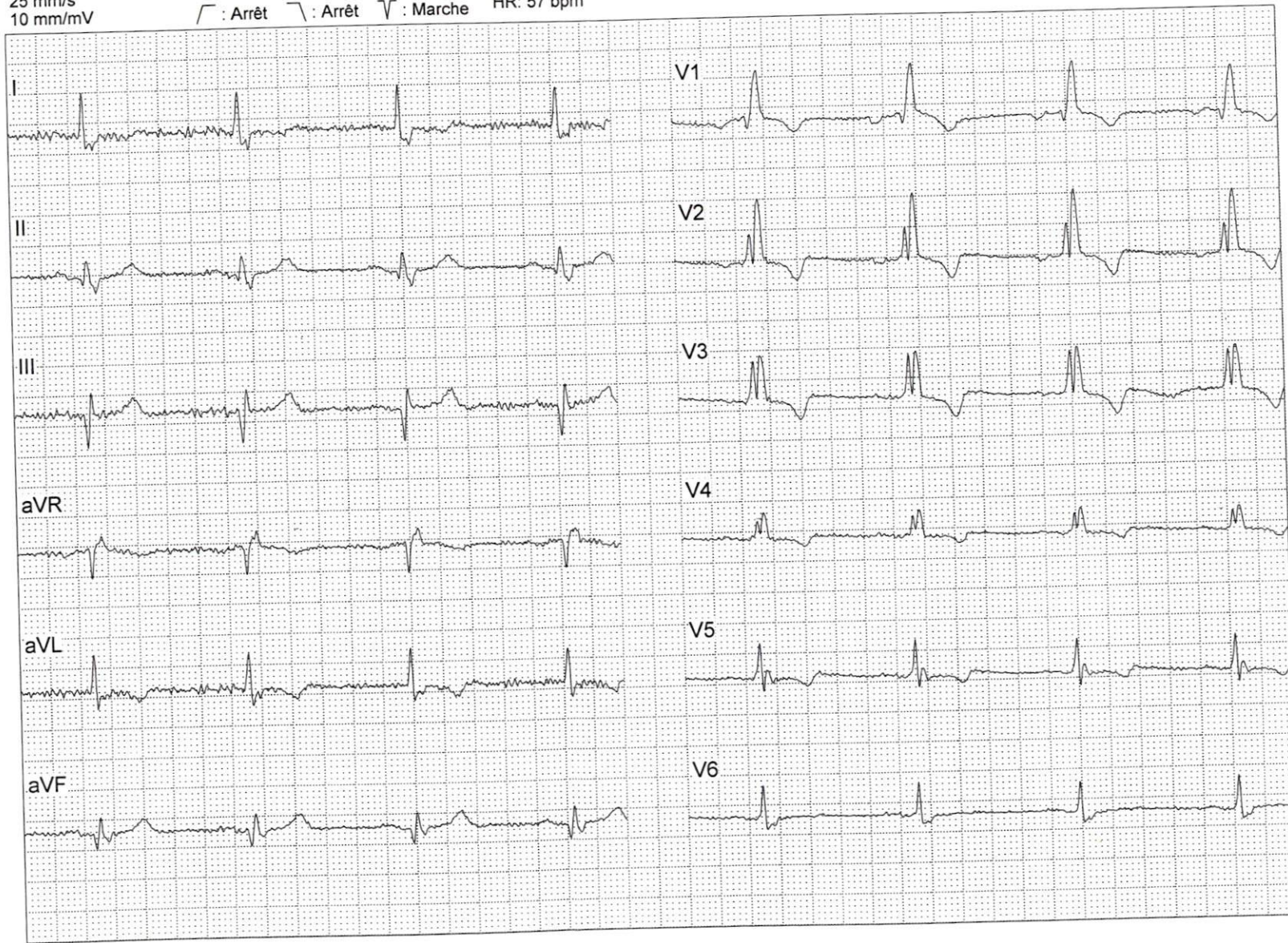
Raison sociale:

Téléphone:

Temps d'enregistrement: 19/11/2019 15:41:25

25 mm/s  
10 mm/mV

┐ : Arrêt    ┘ : Arrêt    ∨ : Marche    HR: 57 bpm



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DU PHARE

Rés. Lalla Khaddouj - Avenue Dr Med Sijelmassi - Casablanca

Tél : 0522 20 32 36 - Fax : 0522 20 32 86

Date : 15/11/19

C.D. : 19K175

Patient : Mr SEBTI ABDELALI

C.P. : 1847

Médecin :

Organisme :

NET A PAYER	AVANCE	SOLDE
1 760,00 DH	0,00 DH	1 760,00 DH

NFS    GLY    HBA1C    MDRDH    TRANSA    PFL    IONO2    CRP    TSH    PSA