

# 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.

## 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.

## Éducation :

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 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° P19- 064469

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ 45856 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7250 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHNAoui Abdelatif

Date de naissance :

Adresse : 446 LOT WAFA DEROUA

Tél. 0619491457 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) :



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Dr. Ali Abderrazak CASABLANCA Tél: 94.97.97 Fax: 94.97.99 09104 INPE</p>	24.10.20	K80	1500,00

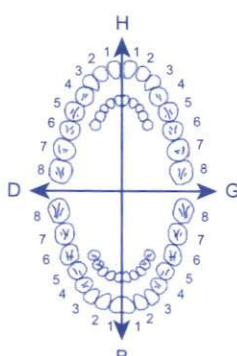
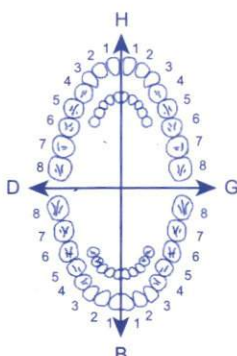
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

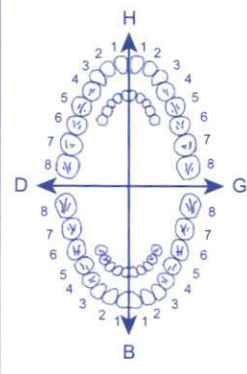
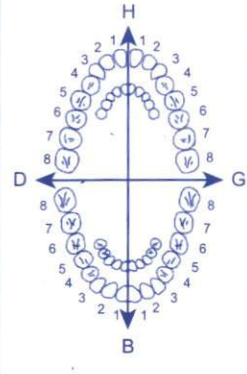
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px;"></div> </div>
	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>																	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
		<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div></div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX



Casablanca, le 24/10/2020

Facture N° 4619

Nom patient : SAHNAOUI ABDELLATIF

Examen(s) réalisé(s) :  
**PONCTION BIOPSIE ECHOGUIDEE**

Montant : mille cinq cents (1500 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE CINQ CENTS DH**

**REGLEMENT : ESPECES**

**CENTRE RADIOLOGIE ANFA**

5, rue Ali Abderrazak  
CASABLANCA

Tél.: 94.97.97 - Fax : 94.97.99

Docteur Hayat KOURKMADI

Spécialiste en Médecine Physique  
et Réadaptation fonctionnelle

Médecine Orthopédique  
Médecine du sport, Podologie

Rééducation polyvalente

Neuro-Urologie et rééducation périnéale  
Appareillage

Diplômée de l'Université de PARIS V  
Ancienne attachée des hôpitaux de PARIS



الدكتورة حياة كركمادي

إختصاصية في الطب الفيزيائي  
وإعادة التأهيل الوظيفي  
الطب الرياضي

خريجة كلية الطب بباريس  
طبيبة سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, Le 24.10.2020

M. SAHNAOUI Abdelhak

Hémiplégie du tronc, post-traumatique

à ponctionner lors d'alo.

Docteur Hayat KOURKMADI  
Médecin rééducateur  
45 ter, Rue Aït Ourir  
BOURGOGNE - CASABLANCA  
Tél : 05 22 20 16 55 - Fax : 022 20 16 23



SAHNAOUI. 7250

Causes et circonstances

Je soussigné M<sup>r</sup> Sahnacoui Aïon fait :

Accident domestique : chute dans

les escaliers qui m'a causé un

traumatisme du mollet gauche  
douloureux.

SAHNAOUI-Abdellatif



Casablanca, le 24/10/2020

Patient : SAHNAOUI ABDELLATIF  
Prescripteur: DR KOURKMADI HAYAT

## PONCTION EVACUATRICE

*Mon cher confrère,  
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.*

**Indication :**

Ponction évacuatrice d'un hématome du mollet gauche.

**Résultats :**

Après repérage de l'hématome nous avons retiré environ 50cc d'un liquide hématisé.

À noter par ailleurs une importante déchirure du muscle jumeau interne.

*Merci de votre confiance*

**Docteur Jawad EL AOUD**

**CENTRE RADIOLOGIQUE ANFA**  
5, rue Ali Abderrazak  
CASABLANCA  
Tél.: 94.97.97 - Fax: 94.97.99

