

# 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.

## Radiologie 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0008781

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0518 Société : 133000  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NAJIA ABDESSELAM  
Date de naissance : 17.12.1982  
Adresse : 41 Col la Corne Sidi Maouf  
Tél. : 06 29 91 28 21 Total des frais engagés : 786,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Abdellah MAMOU

Cachet du médecin :

Neuro-psychiatre  
38, Bd. Rachidi, Casablanca  
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10  
INP 091097436

Date de consultation : 08 / 09 / 2022  
Nom et prénom du malade : NAJIA Abdeslam Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Trouble Hymique  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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

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 |
| 08/09/22                       | SNPSY             |                       | 350,00                          |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

Cachet et signature du Maire  
attestant le Paiement des Actes

35000

Dr. Abdellah Mamou  
 08, Bd. Rachid, Casablanca  
 Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10  
 INP 091097436

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE OUM EL KHEIR</b><br><b>147 Lot Communal N°2</b><br><b>Sidi Maârouf . Casa</b><br><b>Tel : 05 22 97 52 93</b> | 06/09/2022 | 436,50                |

Date \_\_\_\_\_

### Montant de la Facture

PHARMACIE OUM EL KHEIR  
147 Lot Communal N°2  
Sidi Maarouf . Casa  
Tel : 95 22 97 52 93

08/09/2022

436,50

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

AN

PC

IM

IV

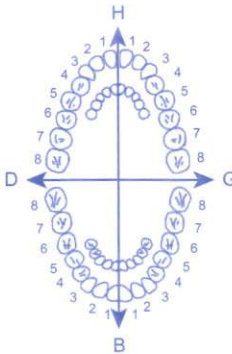
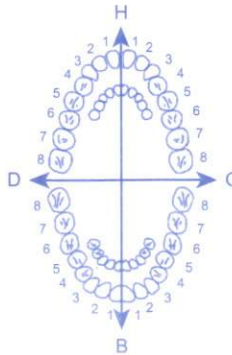
Montant détaillé  
des Honoraires

## 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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |
|---|--|---------------------|-------------|---|
|              |  |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>      |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>       |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>         |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><br><div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b><br/>           11433553         </div> </div> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     |             |   |
|            |  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>      |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             | DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>           |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>     |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |
|   |  |                     |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
|   | H        |          |
|   | 25533412 | 21433552 |
|   | 00000000 | 00000000 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 35533411 | 11433553 |
|   | B        |          |

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# الدكتور عبد الله مامو Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE

D.U. D'Angers

en expertise médicale

Ex. attaché des Hôpitaux de Paris

Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسانية  
حائز من جامعة أنجي على دبلوم  
الخبرة الطبية.  
ملحق سابق بمستشفيات باريس  
طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, Le 8.09.2022 الدار البيضاء في

Dr. Abdellah MAMOU.

- Depakot 500  
1/2

145,50  
(3)

- Quetzal 50  
SV

13436,50

Lot N°: 4401  
EXP.: 04/24  
PPV.: 145DH50  
145,50

Lot N°: 4401  
EXP.: 04/24  
PPV.: 145DH50

Lot N°: 4401  
EXP.: 04/24  
PPV.: 145DH50

PHARMACIE OUMEL KHEIR  
147 Lot Communal N°  
Sidi Maârouf . Casa  
Tel : 05 22 97 52 93

Dr Abdellah MAMOU  
Neuro - Psychiatrie  
38, Bd. Rachidi, Casablanca  
Tél: 0522 47 60 00 / 0522 47 60 10  
INP 091097436

Durée de Traitement 3 Ans

R.D.V. le