

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- Reclamation : [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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065365

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05767 Société : Kam

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MAHIL EL MEHDI

Nom & Prénom : MAHIL EL MEHDI

Date de naissance : 11/01/1974

Adresse : 134 Rue de la Liberté, Casablanca

Tél. : 77 77 77 77 Total des frais engagés : 0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMAL H. MUGAMMED  
Neuro Chirurgien  
Hôpital H. 17, April 2 à Côté (Jama Benmoussi)  
Benmoussi Ain Seba Casablanca

Date de consultation : 11/01/2022

Nom et prénom du malade : MAHIL EL MEHDI Age : 48

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

Nature de la maladie : Triaxiale Relecteur

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 : 11/01/2022

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
11/10/2022	Consultation	1	300 \$	

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

17/11/2022 Frais d'inscription du 3 Mois

Frais d'orthophonie + accompagnement psychologique

5200,00 DH

سيدى البرهوي

العيادة الطبية

العيادة للخدمات

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

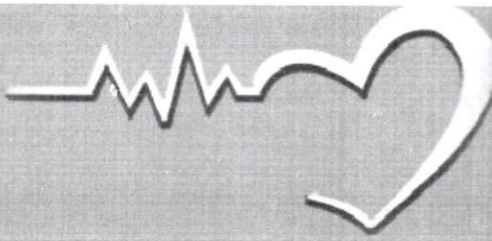
Important :

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

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	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



# Planning

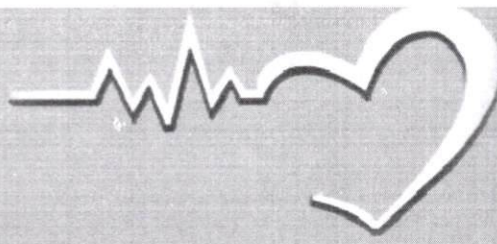
N° : 853/2022

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

ACTE	Mois Octobre2022/jour			Mois novembre2022/jour			Mois décembre2022/jour		
<u>Séances d'orthophonie</u> جمعية قلوب الشبه طبية والاجتماعية سيدي البرنوصي	3	5	7		2	4			2
	10	12	14	7	9	11	5	7	9
	17	19	21	14	16	18	12	14	16
	24	26	28	21	23	25	19	21	23
	31			28	30		26	28	30

ACTE	Mois Octobre2022/jour		Mois décembre2022/jour		Mois décembre2022/jour	
<u>Séances de soutien et accompagnement psychologique</u> جمعية قلوب الشبه طبية والاجتماعية سيدي البرنوصي	3	6		3		1
	10	13	7	10	5	8
	17	20	14	17	12	15
	24	27	21	24	19	22
	31		28		26	



# FACTURE

N° :852/2022

Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

ACTE	PRIX	MONTANT
Frais d'inscription et assurances	1000DH	1000DH
Frais du mois :	600DH/Mois	1800DH
Séances d'orthophonie	400DH/MOIS	1200DH
Séances de psychomotricité	400DH/MOIS	1200DH
<b>TOTAL</b>	<b>5200DH</b>	

La somme de facture arrêt : cinq MILLE deux CENT Dirhams

الرئيسة: فمح زبيب

جمعية قلوب رحيمة للخدمات  
الشبه طبية والاجتماعية  
سيدي البرنوصي

**DOCTEUR AMRATI MOHAMED**  
**NEURO CHIRURGIEN**

Spécialiste des maladies et  
Chirurgie de la Tête, du Cerveau, de la  
Colonne Vertébrale et de la Moëlle Epinière  
Epileptologie Enfants et Adultes  
Electroencephalogramme



Ex. : Chef de Service Neurochirurgie  
Hôpital Mohammed V - Meknès  
Ex. Neurochirurgien attaché au C.H.U.  
Ibn Rochd - Casablanca  
Ancien Interne des Hôpitaux de France

الدكتور عمرو عمراتي محمد  
طبيب اختصاصي في أمراض وجراحة الرأس،  
الدماغ، العمود الفقري، النخاع الشوكي والأعصاب  
علاج داء الصرع كبار و صغار  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
رئيس قسم جراحة الدماغ بمستشفى محمد الخامس  
بمكناس سابقا  
جراح ملحق سابقا بقسم جراحة الدماغ  
بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء  
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 11 OCT 2022 في الدار البيضاء،

Certificat Médical

Je soussigné *Dr. Amrati Mohamed* Neuro Chirurgien certifié  
ai vu et constaté que *EL ACHIDI* souffre d'un  
trouble du système nerveux qui  
nécessite des soins de  
psychomotricité durant  
Trois mois

*Dr. Amrati Mohamed*  
**Neuro Chirurgien**  
habitat II, Imm. F7, Appt. 2 à Côté (ACIMA Bernoussi) Aïn Sbaâ - Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 73 45 45 - Portable : 06 60 54 52 90

الشباب II، عمارة F7، شقة 2 (بجانب أسما البرنوصي) عين السبع - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء  
Chabab II, Imm F7, Appt 2 à Côté (ACIMA Bernoussi) Aïn Sbaâ - Sidi Bernoussi - Casablanca  
الهاتف : 05 22 73 45 45 - المحمول : 06 60 54 52 90