

# 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.

## 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.

N° M21- 065365

13/01/2022

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05767 Société : ROM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MAHIL EL NEHRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ALLAAL MOUSSA  
Neuro Chirurgien  
Institut Allal Ben Abdellah Casablanca  
Rembourseur AIR SEBAA Casablanca

Date de consultation : 11/01/2022

Nom et prénom du malade : MAHIL EL NEHRI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : TRISOMIE 21 Relecture

En cas d'accident préciser les causés 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/01/2022

MAHIL EL NEHRI



#### **BELIEVE 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
11/10/2006	CG	1	300 F	 Dr. Jean-Paul Gagnon Médecin de famille Centre de Santé de la Pointe-de-l'Île

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 <p>جمعية الشبيبة طب الاجتماعية سيدي البروضي</p>	17/11/2022	Frais d'inscription du 3 Mois				\$ 5900,00 DH

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

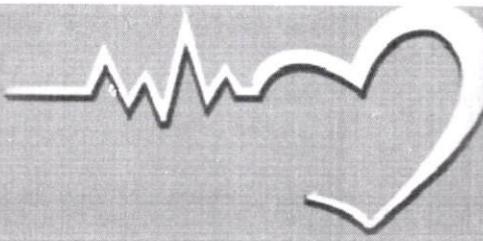
## Important

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

SOINS DENTAIRES	Dents 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			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] 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

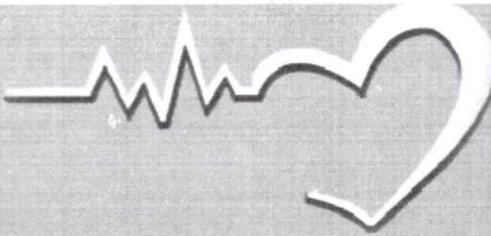
Nom : MAHIL El mehdi

N°CIN : BB123865

<u>ACTE</u>	Mois Octobre2022/jour			Mois novembre2022/jour			Mois décembre2022/jour		
<u>Séances d'orthophonie</u> <i>جمعية قلوب رحيمة للخدمات الشبيه طبية والاجتماعية سيدي البرنوسي</i>	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

<u>ACTE</u>	Mois Octobre2022/jour			Mois décembre2022/jour			Mois décembre2022/jour		
<u>Séances de soutien et accompagnement psychologique</u> <i>جمعية قلوب رحيمة للخدمات الشبيه طبية والاجتماعية سيدي البرنوسي</i>	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			

الرئيسي : فتح زناب  
جمعية قلوب رحيمة للخدمات  
الشبيه طبية والاجتماعية  
سيدي البرنوسي



# 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

الرئـسـةـ: فـتحـ زـبـ  
~~جمعـيـةـ قـلـوبـ رـحـيمـةـ لـلـخـدـمـاتـ الشـبـهـ طـبـيـةـ وـالـاجـتـمـاعـيـةـ سـيـديـ الـبرـنـوـصـيـ~~

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

Spécialiste des maladies et  
Chirurgie de la Tête, du Cerveau, de la  
Colonne Verteébrale et de la Mœlle 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 عمراتي محمد**  
طبيب اخصاصي في أمراض وجراحة الرأس،  
الدماغ، العمود الفقري، التغاع الشوكي والأعصاب  
علاج داء الصرع كبار و صغار  
التخطيط الكهربائي للدماغ

رئيس قسم جراحة الدماغ بمستشفى محمد الخامس  
بمكنا سبا  
جراح ملحق سابقاً بقسم جراحة الدماغ  
بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء  
طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات فرنسا

Casablanca, le 11 juillet 2026

الدار البيضاء، في

Certificat N° 26126

Je soussigné Dr. Amrati Mohamed  
Neuro Chirurgien certifie  
que M. El KETTABI YOUSSEF  
a une état psychologique qui  
exige des places de  
psychomotricité suivant

Très honor

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