

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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'Hic  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-010067

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JALAL ABDELHAKIM

Date de naissance : 01/12/1960

Adresse : Baucherlouf, rue 59 n°59 Casablanca

Tél. : 0609.84.31.15

Total des frais engagés : 300 DHS

Cadre réservé au Médecin

Docteur Amal DAOUDI  
GENERALISTE  
415, Avenue 2 Mars Hay El Masjid  
Tél : 05 22 82 38 11 - Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/23

Nom et prénom du malade : JALAL ABDELHAKIM Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur du dos du pied et

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 : Casablanca

Le : 06/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
19/05/23	C	9		Docteur Amal EL MOUJDI Généraliste 415, Avenue 2 Mars Hay El Madi Tel: 05 22 82 36 44 Casablanca

# 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

19/05/23      222      300,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

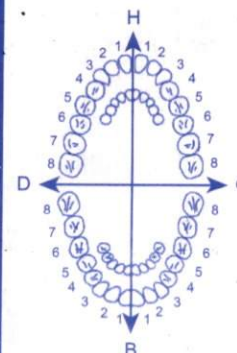
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

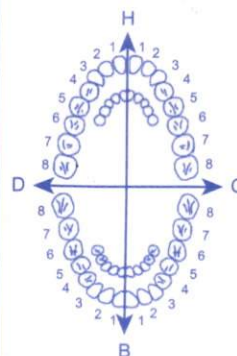
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amal DAOUDI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplôme d'Echographie

Université Montpellier I

الدكتورة أمال داودي

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

جامعة مونتبليي I

Casablanca, le : 19/05/23

JALAL ABDELHAKIM

Rx du pied dt.  
F et P



Docteur Amal DAOUDI  
Généraliste  
415, Avenue 2 Mars Hay El Mesjid  
Tél : 05 22 82 38 11 - Casablanca

# RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

*Casablanca, le 19/05/2023*

*Facture N° 1885/2023*

*Nom patient : JALAL ABDELHAKIM*

*Examen(s) réalisé(s) :  
AVANT PIED 2 INCIDENCES:*

*Montant : 300 DH*

*ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :*

*TROIS CENTS DIRHAMS*

*REGLEMENT : ESPECES*



C.N.SS/2567157-Patente N°344001143-IF 01084042- ICE: 001514978000009 - RC 65423





IRM - Scanner Multibarettes - Echographie et Echographie Doppler  
Radiologie Numérisée, Rachis et M.I en totalité - Ostéodensitométrie - Mammographie  
Denta-Scanner - Cone Beam - Panoramique Dentaire et Télé-radio de profil  
Infiltrations Rachidiennes Scano-guidées - Cytoponction et Biopsie guidées

**Docteur Latifa MAHFOUD**

**Docteur Salah Eddine DRHIMER**

**Docteur Driss EL HASSANI**

Casablanca, le 19/05/2023

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient, **JALAL ABDELHAKIM**

**RX AVANT-PIED DROIT F/P**

Epaississement des parties molles en regard de l'articulation  
scophoïdo-métatarsienne.

Absence de lésion osseuse visible.

A noter un os astragale accessoire.

Confraternellement  
Dr. D. EL HASSANI

Pour les images, utilisez le lien : <http://sebta.ath.cx:8081/images/>  
Login : 135129 Mot de Passe : 56899

