

# 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](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° P19- 0042025

☒ Maladie 431 ☐ Dentaire

☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 431 Société : R.A. 17

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FANTISS / ANAR / ANAR Laydia

Date de naissance : 1938

Adresse : Rue 47 n°2 EL ANA EL EL OULFA CHAN

Tél. : 0677926954 Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/03/2020

Nom et prénom du malade : ANAR / ANAR Laydia Age : 73 ans

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

Nature de la maladie : AVC ischémique

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 : 18/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. CHIADMI M. Amine  
Médecin Urgences-Diagnostic  
Complexe Riad Oufia - Casablanca  
Entrée 2 - Tél. : 05 22 83 78 17



# 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
28/09/2020	VS		520	Dr. CHADMI Med Amine Médecin Urgentiste-Diététologue Complexe RASD Oudja - Groupe 1 Entrée 2 - Etg: 1 - Casablanca Tél: 06 22 83 78 37

## 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'O

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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div> <b>B</b> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				Coefficient DES TRAVAUX	
					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



Casablanca, .....

18/01/22

Je vous prie de bien vouloir  
me faire parvenir  
par la poste, les documents  
relatifs à la prise en charge  
de mon enfant, afin qu'il  
puisse bénéficier de la  
couverture sociale et  
de la prise en charge  
médicale.

**Dr. CHIADMI Med Amine**  
Médecin Urgentiste Diabétologue  
Complexe 2, Etg: 1 - Casablanca  
Entrée 2  
Tél: 06 22 83 78 37

**SOS ALLO DOCTEUR CASABLANCA**

219, Avenue Mustapha El Maani,  
3 ét, appart N°6, Mers Sultan, Casablanca, Maroc  
[chiadmiamine99@gmail.com](mailto:chiadmiamine99@gmail.com) [www.sosallodocteur.ma](http://www.sosallodocteur.ma)

**(+212) 522 26-67-67/**

**(+212) 522 36-67-67**



Casablanca, 18/03/22

Nota d'informa

2 hongs de l'ellh  
mesth...  
- p... - l... usim'a  
anami et d...  
de G... et d...  
(5... 2...).

Dr. CHADMI Med Amine  
Médecin Urgentiste-Diététologue  
Complexe Riad Oufia Groupe 1  
Entrée 2, Etg: 1 - Casablanca  
Tél: 05 22 83 78 27

**SOS ALLO DOCTEUR CASABLANCA**

219, Avenue Mustapha El Maani,  
3 ét, appart N°6, Mers Sultan, Casablanca. Maroc  
[chiadmiamine99@gmail.com](mailto:chiadmiamine99@gmail.com) [www.sosallodocteur.ma](http://www.sosallodocteur.ma)

**(+212) 522 26-67-67/  
(+212) 522 36-67-67**

Casablanca, Le 12.03.2020.

M<sup>me</sup> AMARI Laïdia.

- aspect hyperdense sylvien droit  
en rapport avec un thrombus
- Hypodensité du territoire sylvien droit.  
en rapport avec l'ARC ischémique  
étendu