

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Remarque :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Prescription 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.

## Prescription :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Prescription :

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.

## Prescription :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002769

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9624 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MAHLAMUSTAPHA

Adresse : RUE CIMETIERE ISRAELITE 220

Date de naissance : 15-6-1951

Tél. : 0660 993311 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2021

Nom et prénom du malade : MAHLAMUSTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : Lithiase vésicale

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) :



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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31/05/2021      | C.S.              |                       | 3000.0                          | <i>Docteur Samir M. Hachem</i><br>Chirurgien Dentiste<br>8, Le Mansment Salami, Bâtiment 1, Résidence<br>Nym, App 12, 2ème étage, Complexe médical<br>Anwar Caraboula / Tél: (0681) 43 23 13 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE RBAH</i><br>Rba, 100 Rue 1001A, 1001A<br>N°25 Sid Moumen - Casablanca<br>Tél: 05 22 76 75 75 | 03/05/2021 | 153.50                |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |
|   |            |                       |

# 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | 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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalair

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |
|------------------------------|---|------------------|-------------|
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCE<br>MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |
|                              |   |                  |             |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

27,50

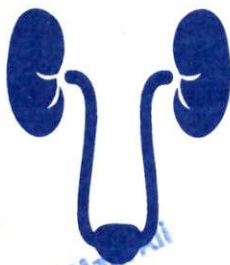
81,40

LOT: 20E000N  
PER: 09 2023  
NO-SPA FOR  
CP 820  
P.P.V: 45000  
118006

**Docteur Sanhaji Mani Ali**

Maladie et Chirurgie des Reins  
des Voies Urinaires et Organes Génitaux  
Exploitation et Chirurgie Endoscopiques  
Lithotripsie Extra corporelle

Stérilité Masculine et Impuissance Sexuelle  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Circoncision et Enurésie Chez l'enfant  
Echographie Urologique  
Ancien chirurgien des hôpitaux  
Expert assermenté auprès des tribunaux



الدكتور الصنهاجي ماني علي

إختصاصي في أمراض و جراحة الكلى  
والمسالك البولية والتناسلية  
فحص وجراحة المسالك عبر المنظار  
تفتت حصي الكلى والمسالك البولية بالأشعة

العقم والعجز الجنسي عند الرجال  
الأمراض التناسلية  
الختان والتبول الإلارادي عند الأطفال  
الفحص بالصدى الصوتي  
جراح اختصاصي سابقا بالمستشفيات  
خبير محلف لدى المحاكم

الدر البيضاء في ..... Casablanca, le 10/04/2019

MATHA Gustafson

PHARMACIE RBAH  
Lb. Rbah Angkor Rue 14 141st Rue 2  
N°25 Sidi Moumen - Coudanica  
09 35 35 22

24. So



HS. 60

21

81.40

27

153.50

Enclosed

$$\lambda \sim \mu \sim \nu$$

no stay yet

^ V 2 3 4 5 6 7

07/12/2022  
Sinhalese

Docteur Sanhaji Mani Ali  
Chirurgien Urologue  
24 Méd. Zeila, Djibouti

8 تجزئة السلام، شارع محمد الرفاف، إقامة ريم، الشقة 12 الطابق الثاني، المركب الطبي أناسي - الدار البيضاء

8, Lotissement Salam1, Bd Med Zefzaf, Résidence Rym1, App 12, 2ème étage, Complexe médical Anassi- Casablanca

Tél : 0681 43 23 13 / 0681 43 23 13 لهاتف