

## 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 rééductions.
  - 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

- Prises en charge : [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 Étage 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

Nº W19-530019

19 852 88

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1579</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Bernada ALLAM SAMAL</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <u>04/05/1985</u>			
Adresse :			
Tél. <u>06 18 32 37 10</u>		Total des frais engagés : <u>108000</u>	
Dhs			

<p>Cachet du médecin :</p>	
<p>Date de consultation : ..... / .....</p>	
<p>Nom et prénom du malade : ..... Age: .....</p>	
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>	
<p>Nature de la maladie : .....</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....</p>	
<p>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.</p>	

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) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
13/01/2024	Consultation	1	5000	INP : <input type="text"/> DR. ASSIL KHLAF MEDECIN URGENTIST, CENTRE MEDICAL BAR- TÉ : 0522 29 24 29 / 0666 83 45 0 GSM : 06 17 20 12 34
14/01/2024	Consultation	1	5000	
15/01/2024	Consultation	1	5000	

## 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
Docteur FAYAL Mounir 93, Boulevard Anoual INPE: 93061091 - TP: 36336941	23/06/21		

AUXILIAIRES MEDICAUX

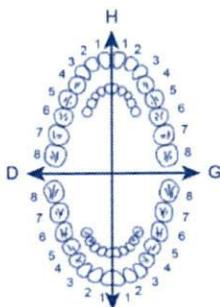
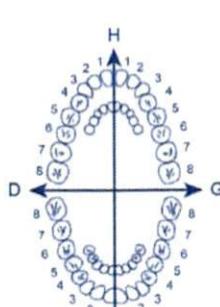
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H															
		D	G														
		B															
		25533412	21433552														
00000000		00000000															
35533411		11433553															
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																	

CENTRE MEDICAL  
DAR BOUAZZA

DARB URGENCES

الدار البيضاء، في  
دار الطبي  
دار العصارة

DR. ASSIL KHALIFA  
MEDICIN URGENTISTE  
CENTRE MEDICAL DARB  
Tél: 0522 24 29 01 / 06 17 89 17 01  
GSM: 06 17 89 17 01

Casablanca, le

# Ordonnance

23/06/2021

الدار البيضاء، في

Berrada Allam Jamal

25/04/1965

Medihab Lab

93, Boulevard Abdellatif  
Dokour Filali, Mouline  
LABORATOIRE GLAB

- CRP

- PCT

- ASA<sup>+</sup>, ACT<sup>+</sup>

- TP, TCK

DR. ASSIL KHALIFA  
MEDICIN URGENTISTE  
CENTRE MEDICAL DARB  
Tél: 0522 24 29 01 / 06 17 89 17 01  
GSM: 06 17 89 17 01

MR. BERRADA ALLAM Jamal  
25-04-1965  
2106232167  
ORDO

**FACTURE N° : 2106232167**

Casablanca le 23-06-2021

**Mr Jamal BERRADA ALLAM**

Demande N° 2106232167

Date de l'examen : 23-06-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B
0370	CRP	B100	B
0458	Procalcitonine par immunomarquage	B400	B

Total des B : 790

TOTAL DOSSIER : 1080 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre-vingts dirhams

LABORATOIRE GLab  
 Docteur FILALI Mounir  
 93, Boulevard Anoual  
 Casablanca 20360  
 Tél : +212(0) 522 86 09 10 - Fax : +212(0) 522 86 08 95  
 GSM : +212(0) 6 68 43 91 31 / IF : 1518932 - TP : 36336941 - CNSS : 4157526  
 E-mail : contact@glab.ma - www.glab.ma - ICE : 001758930000090