

## 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.

### Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Biologie 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

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° M21- 070756

☐ Maladie, ☐ Dentaire *soins* ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *13295* Société : *SN*

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *BABOU Nohamed*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *20/10/2019*

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : *Accouchement*

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) :



| 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 |
| 21/10/2021                     |                   | voir la facture       |                                 |  |
| 23/10/2021                     |                   | ajout de              | 45000                           |  |

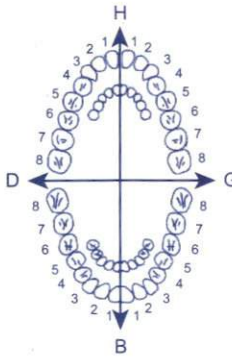
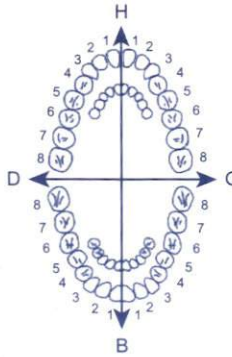
[illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

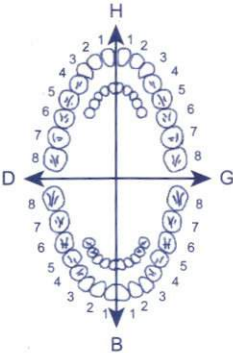
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|---|---|---------------------|-------------|----------------------------|
|    |   |                     |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552<br/>           00000000<br/> <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           35533411<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> </div> |                     |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |
|   |   |                     |             |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRE  |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |  |
|---|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|--|
|  |  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |
|   |  |                   |                     |             |                            |  |

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

D

1

2

3

4

5

6

7

8

G

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE

54 BD GHANDI

TEL 0522 36 74 05

090003054



## F A C T U R E

N° : 6712 / 2021 du 23/10/2021

Nom patient **SAIDI Ihssane**  
**PAYANTS**

Entrée 21/10/2021

Sortie 23/10/2021

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant         |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|-----------------|
| -ACCOUCHEMENT VOIE BASSE    | 1,00   | K          | 4 500,00      | 4 500,00        |
|                             |        |            | Sous-Total    | 4 500,00        |
| <b>Total Clinique</b>       |        |            |               | <b>4 500,00</b> |

|   |              |                 |
|---|--------------|-----------------|
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i><br>QUATRE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS | <b>Total</b> | <b>4 500,00</b> |
|   |              | 0,00            |

CLINIQUE GHANDI  
54 BD Ghandi - Casablanca  
Tel: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

## Relevé des paiements

23/10/2021

| Numéro admission   | Nom du patient |  |
|--------------------|----------------|--|
| 211021004913MO-001 | SAIDI Ihssane  |  |

| Date              | Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|-------------------|---------------|------------------------|-------------|
| 23/10/2021        | Espèce        |                        | 24 700,00   |
|                   |               | Total payé             | 24 700,00   |
| Relevé établi par |               |                        |             |

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

**CLINIQUE GHANDI**  
**MEDICO-CHIRURGICALE**  
**54 BD GHANDI**  
**TEL 0522 36 74 05**  
**FAX 05 22 94 64 91**  
**CASABLANCA**

### **BILLET DE SORTIE**

|  |                     |              |
|--|---------------------|--------------|
| Nom du patient : <b>SAIDI Ihssane</b>  |                     |              |
| Chambre : <b>304</b>   |                     |              |
| Médecin traitant   | <b>BITITI AMINE</b> |              |
| Prise en charge  | <b>PAYANT</b>       |              |
| Date entrée  | <b>21/10/2021</b>   |              |
| Date sortie  | <b>23/10/2021</b>   | <b>11:11</b> |
|  |                     |              |
| Le caissier  | L'infirmier         | Le major     |
|  |                     |              |
| Billet de sortie établi par : <b>SALMA</b> 23/10/2021      10:05      211021004913MO-001 |                     |              |

CLINIQUE GHANDI  
54 Bd Ghandi - Casablanca  
TEL: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° 6 712 / 2021 du 23/10/2021

|                 |               |                      |                      |
|-----------------|---------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient     | SAIDI Ihssane | Entrée<br>21/10/2021 | Sortie<br>23/10/2021 |
| Prise en charge | PAYANTS       |                      |                      |

|                                     | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant   |
|-------------------------------------|--------|------------|---------------|-----------|
| PRESTATIONS INTERNES                |        |            |               |           |
| -ACCOUCHEMENT VOIE BASSE            | 1,00   | K          | 6 600,00      | 6 600,00  |
| -CHAMBRE GRANDE SUITE               | 2,00   |            | 5 500,00      | 11 000,00 |
| -CHAMBRE MINI SUITE                 | 1,00   |            | 4 500,00      | 4 500,00  |
| -PLATEAU PLERIDURALE                | 1,00   |            | 1 500,00      | 1 500,00  |
| RADIO                               | 1,00   |            | 300,00        | 300,00    |
|                                     |        |            | Sous-Total    | 23 900,00 |
| PHARMACIE                           | 1,00   | EXTRA      | 200,00        | 200,00    |
|                                     |        |            | Sous-Total    | 200,00    |
| Total Frais Clinique                |        |            |               | 24 100,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES                |        |            |               |           |
| DR. LAHBABI MOHAMED SAID (pédiatre) | 1,00   |            | 600,00        | 600,00    |
|                                     |        |            | Sous-Total    | 600,00    |
| Total prestations externes          |        |            |               | 600,00    |

|  |               |           |
|--|---------------|-----------|
|  | Total général | 24 700,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>VINGT-QUATRE MILLE SEPT CENTS DIRHAMS |               | 24 700,00 |

|               |  |  |  |  |                |           |
|---------------|--|--|--|--|----------------|-----------|
| Encaissements |  |  |  |  | Total encaissé | Solde     |
|               |  |  |  |  |                | 24 700,00 |

CLINIQUE GHANDI - Casablanca  
TEL: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11

**CLINIQUE GHANDI**  
**MEDICO-CHIRURGICALE**  
**54 BD GHANDI**  
TEL 0522 36 74 05  
FAX 05 22 94 64 91  
CASABLANCA

### BILLET DE SORTIE

|  |                     |              |
|--|---------------------|--------------|
| Nom du patient : <b>SAIDI Ihssane</b>  |                     |              |
| Chambre : <b>304</b>   |                     |              |
| Médecin traitant   | <b>BITITI AMINE</b> |              |
| Prise en charge  | <b>PAYANT</b>       |              |
| Date entrée  | <b>21/10/2021</b>   |              |
| Date sortie  | <b>23/10/2021</b>   | <b>11:11</b> |
|  |                     |              |
| Le caissier  | L'infirmier         | Le major     |
|  |                     |              |
| Billet de sortie établi par : SALMA      23/10/2021      10:22      211021004913MO-001 |                     |              |

CLINIQUE GHANDI  
MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11  
FAX 05 22 94 64 91  
CASABLANCA