

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 061898

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0279 Société : Vot

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FIR DEIR

Date de naissance : 1942

Adresse : 4, Rue Nour el-Dine, Casa.

Tél. : 0673 909609 Total des frais engagés : 66780 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JUL 2022

Nom et prénom du malade : EL FIR DEIR

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

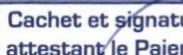
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa Le : 18/07/2022

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
18 JUL 2022	C2 + K10 Reef Scan		400	 MOHAMED AMRAN HEPATO - GASTRO - ENTROLOGUE 5, Angle Bd de Paris 1 Bd Hass 22 26 32 78 - 0522 2 32 34 35

400 M. MOHAMED  
HEPATO - GASTRO - ENTOLOGIE  
5, Angle Bd de Paris 1 Bd Hass.  
Tél: 0522 26 32 78 - 0522 2  
0522 20 58 74 asc

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/07/22	267,20

Date 18/7/22

[illegible]

Circumstance	Percentage of respondents (%)
If someone is attacking you	85
If someone is threatening you	75
If someone is harassing you	65
If someone is insulting you	55
If someone is annoying you	45

[illegible]

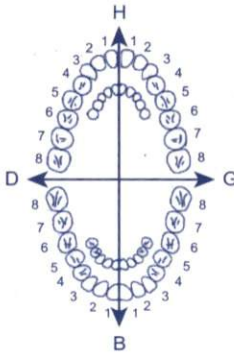
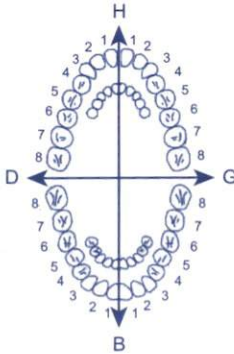
Table 1. Demographic characteristics of the study population	
Age (years)	18-24
Gender	Male
Marital status	Married
Education	High school
Occupation	Student
Religion	Islam
Family size	3-4
Income (USD)	1000-1500
Health status	Healthy
Smoking status	Non-smoker
Alcohol consumption	Non-drinker
Physical activity	Sedentary
Dietary habits	Vegetarian
Stress level	Low
Sleep pattern	Regular
Family history of disease	No
Current medications	None
Previous medical conditions	No
Genetic predisposition	No
Environmental factors	Low
Social support	High
Healthcare access	Good
Health insurance	Yes
Health literacy	High
Health behavior	Positive
Health status	Healthy
Smoking status	Non-smoker
Alcohol consumption	Non-drinker
Physical activity	Sedentary
Dietary habits	Vegetarian
Stress level	Low
Sleep pattern	Regular
Family history of disease	No
Current medications	None
Previous medical conditions	No
Genetic predisposition	No
Environmental factors	Low
Social support	High
Healthcare access	Good
Health insurance	Yes
Health literacy	High
Health behavior	Positive

# 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'ODF.

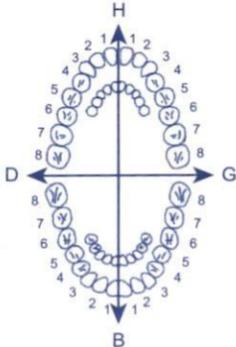
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 de l'ODF.

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/>	
		H																	
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>																	
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			
<input type="text"/>																			

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur MOHAMED AMRANI

HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
Spécialiste Diplômé du C.E.S.  
des Maladies de l'Appareil Digestif  
de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Maladies de l'Anus et du Rectum  
Chirurgie Anale - Endoscopie Digestive  
Membre de la Société Nationale Française  
de Gastro-Entérologie  
Membre de la Société Française  
D'Endoscopie Digestive

5, Angle Bd. de Paris et Bd. Moulay Hassan 1<sup>er</sup>

Tél. : C. { 05 22 26 32 78  
05 22 27 00 86

Fax : 05 22 20 38 21

E-mail: amranimoh@hotmail.fr

SUR RENDEZ-VOUS

14150  
14150  
14150

1 - EL OUFIR  
DAISS

Casablanca, le 18 JUL 2022 في الدار البيضاء.

## الدكتور محمد العمراني

اختصاصي حائز على شهادة الاختصاص  
في أمراض الجهاز الهضمي  
من كلية الطب بتونس  
أمراض الكبد، المعدة، الأمعاء  
والبواسير - جراحة البواسير  
عضو في الجمعية الفرنسية  
لأمراض الجهاز الهضمي  
عضو في الجمعية الفرنسية  
للفحص بالمنظار

5. زاوية شارع باريس و شارع مولاي الحسن الأول

الهاتف : المكتب { 05 22 26 32 78  
05 22 27 00 86

الفاكس : 05 22 20 38 21

البريد الإلكتروني : amranimoh@hotmail.fr

بالموعد

201,00

12,70

14,70 x 3 1) Syro Hemofest S.V

3 Rte

201,00 2) Doflin 1000 S.V

1 gtt 4x 100 ml

2 Rte

22,20 3) Sol Bay Cateur S.V

sur le bat 1<sup>er</sup> étage

267,20

700 Anal 4x 100 ml

2 Rte

DOCTEUR MOHAMED AMRANI  
HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGUE  
5, Angle Bd de Paris 1 Bd Hassan 1<sup>er</sup>  
Tél: 0522 26 32 78 - 0522 27 00 86  
Fax: 0522 20 38 21

PHARMACIE H  
Dr. Ahmed GHAFI  
Hay Raha, Rue Benarouj  
1815 - Beausjour - Casablanca  
0522 26 32 78 / 0522 27 00 86

~~DATA~~  
~~2 x 100~~  
~~1 Supple~~  
~~2~~

~~tech~~  
~~Str~~  
~~Water~~  
~~Sec~~

~~15 Joes~~  
~~3 holes~~  
~~9 Joes~~

~~Control~~  
~~Chapman~~