

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0017472

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 578 Société : Retrait  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUMAHDI Mohamed  
 Date de naissance : 1944  
 Adresse : Immu. A, Rue 6 N° 11, Casablanca  
 Tél. : 0522210862 Total des frais engagés : 300 Dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Consultation pré-anesthésique  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles


- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# 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
21-11-22		63	300 DH	

# 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

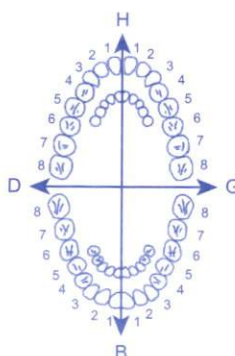
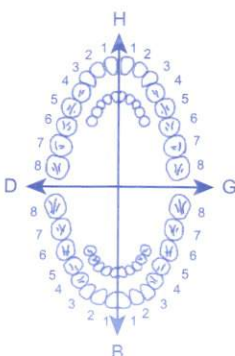
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Professeur Mohamed Boucetta**  
**Neurochirurgien**



Ex Professeur à la faculté de Médecine  
Neurochirurgien Diplômé du Val de Grâce Paris  
Assistant de Chirurgie Générale  
D.E.M. Dommage Corporel  
D.U. Technique Micro-Chirurgicales  
D.U. Electroencéphalologie Clinique  
Ex Chef du Service de Neurochirurgie  
Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Rabat  
Ex Chef du Service de Neurochirurgie  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

**الأستاذ محمد بوهتة**

أخصائي في جراحة الدماغ و الأعصاب

أستاذ التعليم العالي في جراحة الدماغ و الأعصاب

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمستشفى العسكري الدراسي

محمد الخامس - بالرباط

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمركز الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

16 Nov 2022

Sabir Halima

C.P.A.

C.I.E. L3 M. 2

- Patente C et D -

M

**Professeur Mohamed BOUCETTA**  
**NEUROCHIRURGIEN**  
Rond Point Tac Més. Benber Esc C  
2ème Etage Maârif Casablanca  
Tél: 0522 23 00 36 Gsm: 06 61 14 18 68  
ICE: 002167003000058  
I.F: 15172753

إقامة بنبر الطابق الثاني شارع ستاندال (ساحة الطاك المعاريف) الدار البيضاء.

Résidence Benber Escalier C, 2<sup>ème</sup> étage - Bd. Stendhal Maârif - Casablanca - Patente: 36378062

☎ 05 22 23 00 36 ☎ 06 61 14 18 68 ✉ E-mail: prboucetta@gmail.com

☎ En cas d'urgence : 07 00 55 19 29



# المصحة الأوروبية للدار البيضاء CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL  
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation  
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

## Facture

Group: CEC

Hopital: Clinique Européenne de Casablanca

Tél: 05 22 36 33 33

Patient: SABIR HALIMA

Modalite de Paiment: Dossier mutuel

Organisme: MUPRAS

ICE Organisme: 754226541223

Facture N°: 643/2022

Facturée le: 21/11/2022

Entrée le: 21/11/2022

Sortie le: N/A

### Prestation

### Quantité

### Tarif unitaire

### Montant total

Consultation Pré-Anesthésique

1

300.00

300.00

**Total**

**300,00 MAD**

Arrête la présente facture à la somme de:

**Trois Cents Dirhams Et Zéro Centimes**

### Encaissements

Encaissement Patient

0,00 MAD

Encaissement Organisme

0,00 MAD

Encaissement Total

0,00 MAD

Solde

300,00 MAD

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA  
FADLOLLAH 3 ROUTE D'EL JADIDA  
Casablanca - Tél: 05 20 36 33 33  
ICE 002873282000046 - INPE 060064680  
Réception