

# 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.

## 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° P19- 055472

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2300 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BATAH MOHAMMED

Date de naissance : 01-09-1951

Adresse : HAY OODS GRP ZENATA ?

N° INSEE : 14 BERITOUSS CAIR

Tél. : 0661517847 Total des frais engagés : 683,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdeljabbar MESSOUDI  
Professeur de l'enseignement supérieur  
Traumato-Orthopédie  
Prothèses - Arthroscopie - Chirurgie du sport  
INPPE - 091145743

Date de consultation : 30 Nov 2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Cancer

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) :

BATAH



# 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
30 Nov 2022	V2		300,00	Dr. Abdelgabbar ME... Professeur de Chirurgie Supérieure Traumatologie - Orthopédie Prothèses - Arthroscopie - Chirurgie du sport DCEP : 091145748

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE... Tél: 02 477 03 71	30/11/22	383,40

# 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

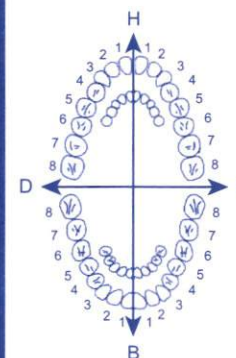
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

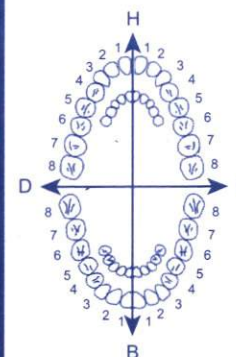
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CLINIQUE DAR SALAM

DEMANDE D'EXAMENS N° 0002954

Nom : BATHANE Ch:

Prénom : MOHAMED

Docteur : MESSOURI

Examen Demandé :

V2 300

Medecin Correspondant :

Le: 30/11/2022

Signature

URGENCE  
Clinique DAR SALAM



**Dr. Abdeljabbar MESSOUDI**  
**Professeur de l'Enseignement Supérieur**

**الدكتور عبد الجبار المسعودي**  
**أستاذ التعليم العالي**  
جراحة العظام و المفاصل  
الجراحة التقويمية  
جراحة اليد  
الجراحة بالمنظار  
الطب الرياضي



Traumatologie - Orthopédie  
Chirurgie prothétique  
Chirurgie de la main  
Arthroscopie  
Medecine de sport

PHARMACEUTIQUE AL HANAN  
Imm: 636 - 114 04 04  
AL OUSSEY  
Tél: 437 - 03 71

Casablanca, le 30 Nove 2022 في الدار البيضاء

M BATAL MOHAMMED

8450

ZETALAX  Solut liquide

( 1 utilisation / jour )  
en cas de douleur

Lot : 028  
Utiliser de préférence avant le : 04/2027  
PPC : 84,50 DH

14430

1 box 200

LOT 22002  
PER 02/25  
PPV 144DH30

9400

Myoflex 15

GTIN: 06118001260850  
LOT: 3973  
MFG: 03 2022  
EXP.: 03 2025  
PPV: 940hs00

1460

Paratal 1g 8 en

**PARANTAL® 1g**  
PPV 14DH60  
EXP 02/2025  
LOT 210253

مصلحة جراحة العظام و المفاصل (مصلحة 32) المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء  
مصلحة جراحة العظام و المفاصل (مصلحة 32) المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Service de Traumatologie - Orthopédie (Pavillon 32) CHU Ibn Rochd - Casabl  
Clinique Dar Salam - 728, Bd. Modibo Keita - Casablanca - Tél : 06 61 06 58 02

4600

Essai 20



46,00

01/24  
V 46DH00

383,40 1815 38

~~Pr. Abdelghafar MESSOUDI~~  
~~Professeur de l'enseignement supérieur~~  
~~Traumatologie - Orthopédie~~  
~~Prothèses - Arthroscopie - Chirurgie du sport~~  
~~INPE : 091145748~~