

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

14829

## Déclaration de Maladie : N° P19-0006770

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2474

Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : SARDOY Mohamed

Date de naissance : 13.12.1948

Adresse : Lot Aïn Diab II IN.A. App 9. A. Biskra Casablanca

Tél. : 066.12.44.00.6

Total des frais engagés : 2.800,- F Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/2023

Nom et prénom du malade : RABAI AICHA

Age : 72 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Tumeur de Viscie

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

Signature de l'adhérent(e) :



Casa

## 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
18/01/2023	Var. facture	0	2800,00	Angèle Buis Béatrice Chalifour Française Tel. 03 22 48 78 77 - CASA FAX 03 22 48 78 77 Rue Mustapha El Idrissi 22 48 78 77 - CASA

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

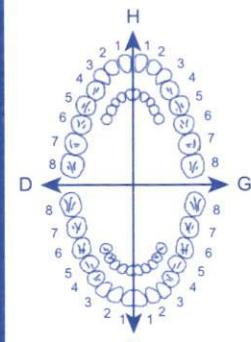
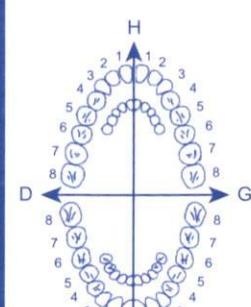
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r}  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553  \end{array}  $ <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr. Hamid MAWFIK

Maladies et Chirurgie des reins et de  
l'appareil urinaire - Stérilité masculine  
Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision



Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou -Rochd

## الدكتور حميد موفق

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التنايسية - تقثيت الحصى - الختان  
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 18-1-2023 الدار البيضاء، في

carte rendu opératoire  
de cysto-خرف

RC ACD de trou de Vénus  
réseptée à 2021.  
cysto-خرف + colist  
en A L + prosthéctomie  
ilostomie - fistule de cysto-خرف  
ch 19 ouvert - contem Vénus  
dans. mufassa d'asphalte  
mufassa mets urethra

Médecin :

Caelme: cytostop n°

Dr. MAWFIK Hamid  
Chirurgien Urologue  
307, Rue Mustapha El Maâni  
Tél : 0522 48 78 77 CASA

# Dr. Hamid MAWFIK

Maladies et Chirurgie des reins et de  
l'appareil urinaire - Stérilité masculine  
Impuissance sexuelle - Lithotripsie - Circoncision



Ancien Professeur Assistant au CHU Bnou -Rochd

## الدكتور حميد موفق

اختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التنايسية - تقويم الحصى - الختان  
أستاذ مساعد سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ٢٩٠١٠٢٣ الدار البيضاء، في

٢٩٠١٠٢٣ - ٢٩٠١٠٢٣ - ٢٩٠١٠٢٣

cystoscopy  
م ٢٩٠١٠٢٣

Dr. MAWFIK Hamid  
Chirurgien Urologue  
307, Rue Mustapha Maâni  
Tél : 0522 48 78 77 - CASA

0522204545

Malika

# CLINIQUE CASABLANCA

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa

## FACTURE

N° : 121 / 2023 du 18/01/2023

Nom patient RABAI AICHA  
PAYANT

Entrée 18/01/2023  
Sortie 18/01/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		2 800,00	2 800,00 Sous-Total
Total Clinique				2 800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE HUIT CENTS DIRHAMS	Total	2 800,00

CLINIQUE CASABLANCA  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa  
Tel : 0522922828 Fax : 0522238155 , Patente : 347000310 , I.C.E : 002058971000035 , IF 25096523 RC : 399197  
CNSS : 5884756 , Email : c.h.batinia.casa@gmail.com : ATTIJARIWAFA BANK : 007 780 000350700001366 61  
FACTURE

**CLINIQUE CASABLANCA**  
**CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE**  
**Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille**  
**Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa**

CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : <b>RABAI AICHA</b>		
Chambre : <b>HJ5</b>		
Médecin traitant	<b>MAWFIK HAMID</b>	
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	
Date entrée	<b>18/01/2023</b>	
Date sortie	<b>18/01/2023</b>	<b>10:09</b>
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : SARAH1		18/01/2023 11:43
		23A180821

Clinique  
Casablanca  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier La Famille  
Derb Ghellaf, Maarif, Casa Anfa  
Tél: 0522 28 28 28 Fax: 0522 23 81 55  
FACTURATION