

# 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

M23-002611

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 590 Société : RAM 169903  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : A212 Abdelkader  
Date de naissance : 1978 Balla M  
Adresse : Cite Yaman Yaman N° 115  
Tél. : 06 604170 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 05/06/2019  
Nom et prénom du malade : Mr. Abdelkader Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 :  
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
08/06/23	a	1	9	

# 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
	05/06/2023	2(12)	200

# AUXILIAIRES MEDICAUX

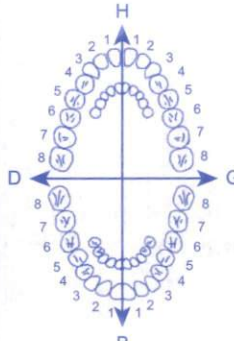
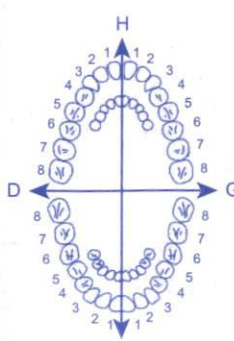
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

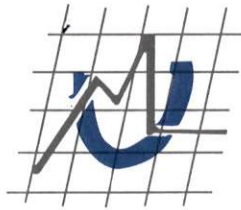
**Docteur M'hamed LEMSEFFER**

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Urinaires  
Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle  
Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier  
Ancien Chef de Clinique Urologique  
à la Faculté de Médecine de Montpellier  
Membre de l'Association Française d'Urologie



**الدكتور محمد المسفر**

جراحة الكلية والمسالك البولية  
زراعة الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي  
عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 05 Juin 2023 : الدار البيضاء في

Aziz

Melher

A. S. P.

Amel

**CLINIQUE BADR**  
35 Rue El Alloussi Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 49 28 00  
05 22 49 23 80/81/82/83/84/85

**M'hamed LEMSEFFER**  
Chir. Urologue  
35 Rue El Alloussi Bourgogne - CASA  
Tél: 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80

**En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81**

24. زنقة العلوسي - بورجون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 64 83 / 05 22 27 41 17 - الفاكس : 05 22 20 96 63  
24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83  
Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com





# FACTURE

N° 202 304 997 / 2023 du 06/06/2023

Nom patient	<b>AZIZ ABDELKADER</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	06/06/2023	06/06/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
RADIO (citm)	1,00	ASP	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

Total général			200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			
DEUX CENTS DIRHAMS			
0.00			

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	200,00	200,00	0,00
Droit de timbre	0,50		

Clinique BADR  
 35 Rue EL ALLOUSSI, Bourgogne  
 Casablanca  
 Tél.: 05 22 49 28 00




Casablanca ,le 06/06/2023

PATIENT : AZIZ ABDELKADER - Id : CR41939  
MEDECIN TRAITANT : DR LEMSEFFER  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **ASP**

- Clips chirurgicaux latéro-pelviens bilatéraux (antécédent de cystectomie et de prostatectomie).
- Sonde urétérale à gauche, paraissant à priori en place au niveau du rein et s'abouchant à priori dans une néo-vessie, pas de calcul visible sur son trajet ou par ailleurs sur l'arbre urinaire.
- Répartition normale des clartés digestives.
- Absence d'anomalie osseuse suspecte, en signalant des remaniements arthrosiques étagés.

En vous remerciant de votre confiance, Confraternellement.

**Dr. BERRADA**  
**RADIOLOGUE**

  
CLINIQUE BADR  
35 Rue El Alloussi, Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 49 28 00  
05 22 49 23 80 / 81/82/83/84/85