

## 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° W21-803383

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL YASSI KHALID Société : 4504  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL YASSI KHALID  
 Date de naissance : 28-02-1963  
 Adresse : Lotissement EL ASSIL RUE 3 N°35 MOHAMEDIA  
 Tél. : 0661 167427 Total des frais engagés : 1387,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MANSOUR Hassan  
 Traumatologue - Orthopédiste  
 1, Av. Abderrahman Serghini  
 Im. Bouagan Mohammedia

Date de consultation : 29/05/2023  
 Nom et prénom du malade : EL YASSI KHALID Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Goutte chronique  
 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 : MOHAMEDIA Le : 15/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : 15/06/2023

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
23/05/23	C		\$ 230	Dr. MANSOUR Hassoun Traumatologue - Orthopédiste 1. Av. Abderrahmane Serghini Imm Bouagan - Mohammédia

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/05/23	937,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/05/2023	220	\$ 220

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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																								
	[Création, remont, adjonction] 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

**Dr. MANSOUR Hassan**

Chirurgien spécialiste  
en traumatologie-orthopédie



الدكتور منصور حسن

أخصائي في أمراض وجراحة  
العظام والمفاصل

Mohammedia, le

29/05/2023

M. El ykmi Kettani

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO



PPV : 283,00 DH

75,00  
1. CELEPHI 200mg (10 + 1 + 2)  
1 gelule / jour x 10 j

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO



PPV : 283,00 DH

13,90  
2. Alpik (10 + 1 + 2)  
14 x 3 / jour x 10 j

283,00 x 3  
3. Chondroderm (10 + 1 + 2)  
1 gelule x 3 / jour x 10 j

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO



PPV : 283,00 DH

Dr MANSOUR Hassan  
Traumatologue Orthopédiste  
1, Av. Abderrahman Serghini  
Imm Bouargan - Mohammedia

CELEPHI® 200 mg 10 Gélules



6 118000 051619

1

Adresse : Avenue Abderrahman Serghini, Imm BOUARGAN App. N°1 1er étage Mohammedia

Tél.: 0523.30.22.22 الهاتف

Urgences : 0664.47.31.51



**Dr. MANSOUR Hassan**  
Chirurgien spécialiste  
en traumatologie-orthopédie



الطكتور منصور حسن  
أخصائي في أمراض وجراحة  
العظام والمفاصل

Mohammedia, le

29/05/2023

N° EL YASMI KHAZID

FACTURE

R x de Pilon droit 6/8 = 220  
= 200, 200 (Deux Cent deux cents)

Dr MANSOUR Hassan  
Traumatologue - Orthopédiste  
1, Av. Abderrahman Serghini  
Imm Bouagan Mohammedia

العنوان : قرب حمام الخديقة شارع عبد الرحمان السرجيني عمارة بوركون (فوق صيدلية المسبح) الطابق الأول رقم 1

Adresse : Avenue Abderrahman Serghini, Imm BOUARGAN App. N°1 1er étage Mohammedia

Tél.: 0523.30.22.22 الهاتف

Urgences : 0664.47.21.51 للمستعجلات