

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 052103

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 562 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : 472876  
 Nom & Prénom : JABBAR DRISS  
 Date de naissance : 31-7-1945  
 Adresse : ANGLE RUE DES PELICANS RUE DES PELICANS  
 PLATANES RUE OASIS CASABLANCA  
 Tél. 0522254052 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/08/2023  
 Nom et prénom du malade : JABBAR DRISS  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Prothèse  
 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 : CASABLANCA Le : 23/08/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/07/23        | ca                | 1                     | 350                             |  |

# 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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 23/07/23 | 300                          | 415 Dh                 |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

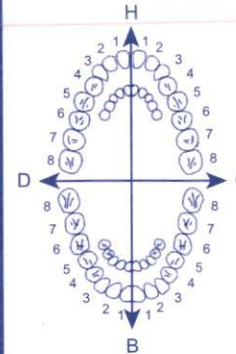
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



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        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]

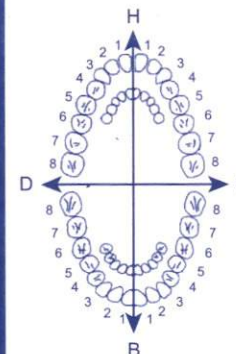
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# Docteur Bahija FADDI

MÉDECINE GÉNÉRALE  
NUTRITHÉRAPIE DIÉTÉTIQUE  
MÉDECINE ÉSTHÉTIQUE  
ÉCHOGRAPHIE

N° JABBAR  
Riss

Diplôme universitaire de la faculté de  
médecine de Montpellier - FRANCE

Diplôme universitaire de Dermatologie  
Interventionnelle

5, Rue des Mésanges Angle

Bd. Abderrahim Bouabid - N°6 - OASIS

Tél. : 0522 232 232

06 61 14 66 66

# الدكتور بهيجة فضي

الطب العام  
الحمية و التغذية  
طب التجميل

الفحص بأشعة الصدى

الشهادة الجامعية بكلية الطب

بمبولي فرنسا

الشهادة الجامعية لطب الجلد التدخلي

5, زنقة دي ميزانج زاوية شارع

عبد الرحيم بوعبيد - رقم 6 الوازيز

الهاتف: 0522 232 232

06 61 14 66 66

Casablanca, le 03 08 2023 في الدار البيضاء،

PSA



Docteur Bahija FADDI

Généraliste Echographie

Nutrition Esthétique

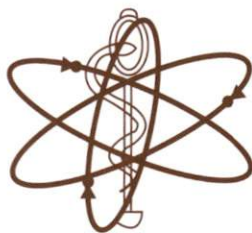
Médecine Esthétique Anti-âge

5, Rue des Mésanges Bd. Bouabid

or Etage N°6 - OASIS Casablanca

Tel: 05 22 232 232 / 06 61 14 66 66





**FACTURE N° 2308230026**

**Mr Driss JABBAR**

Demande N° 2308230026

Date de l'examen : 23-08-2023

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

| CN   | Analyse                 | Val  | Clefs |
|------|-------------------------|------|-------|
| PSAD | Prélèvement sang adulte | E25  | E     |
|      | PSA Total               | B300 | B     |

Total des B : 300

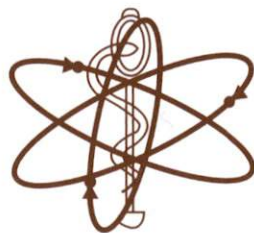
TOTAL DOSSIER : 415 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent quinze dirhams DH



# Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale  
Biologie Moléculaire  
Biologie Spécialisée  
Radio immuno-analyse  
Diagnostic Prénatal



مختبر أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualiticien

Mr Driss JABBAR

Né(e) le : 21-07-1945

Dossier N° : **2308230026**

Date de l'examen : 23-08-2023

Prélevé le : 23-08-2023 10:27 en interne

Edité le : 23-08-2023

DR : Bahija FADDI

Adresse : 5, Rue des Mésanges Angle Bd Abderrahim

Bouabid N°6 Oasiss Casablanca

Page 1 / 1



ACCREDITATION  
N° 8 3245  
Portée disponible sur  
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

## MARQUEURS TUMORAUX

échantillon primaire : sérum

**PSA Total** [AC]

(ECLIA- COBAS 6000® Roche)

2.640 ng/mL

(<4.400)

31-07-2023

13.380

