

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-436895

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 01213      Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAFIR Mohamed

Date de naissance : 15-06-1949

Adresse : 50, Lotissement El Mangah  
Mohammedia

Tél. : 0662 87 54 16      Total des frais engagés : 699,08 DHS

### Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 17/08/2019

Nom et prénom du malade : Moussafir Mohamed      Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Vertige, Vomissement + Asthénie

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 : Mohammedia      Le : 17/08/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-436895

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01213

Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFIR

Total des frais engagés : 699,08

Date de dépôt :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
17/08/18	S +TECO		23,06	INP : 030004170  Dr. Berrada GOUZI Med. Amine SERVICES DES URGENCES Polyclinique la SNISS - Mohammed VI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sté ALLO SECOURS SARL 40, Bd Abdolkrim El Khattabi EL AÏLA - MOHAMMEDIA TSM: 0601 32 32 86	17/10/18/19					456 DH

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
<p>H      G</p> <p>D      B</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>				B	35533411	11433553	G	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
<hr/>																		
B	35533411	11433553	G															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **ALLO SECOURS** S.A.R.L AU

Gsm 1 : +212 661 237 812  
Gsm 1 : +212 601 323 286  
E-mail : allo.secours1@gmail.com  
640 Bd Abdelkrim elkhattabi  
Mohammedia



## **facture**

Numéro	Date	Client	Mode de règlement
Facture N° 09-19	Mohammedia le : <b>18-08-2019</b>	Moussafir Mohamed	espèce
DATE	DISTINATION	P.U/HT	P. Total /HT
17-08-2019	Transport ambulance aller a 03H et retour a 05H	400,00	400,00
<b>Total Hors Taxes</b>			<b>400,00</b>
<b>TVA 14%</b>			<b>56,00</b>
<b>MONTANT TTC</b>			<b>456,00</b>

Sté ALLO SECOURS  
SARL  
640, Bd Abdelkrim EL Khattabi  
El Aïla - Mohammedia  
GSM: 0601 32 32 86

---

**ALLO Secours S.A.R.L - AU**

R.C :22365 - Patente :39576541 - C.N.S.S :1381397 - I.F :26138604 - I.C.E :002133022000022



N° IPP :	249805	N° SEJOUR :	190019464	<b>FACTURE N° 1905007907</b>				DATE D'ENTREE : 17/08/2019 DATE DE SORTIE : 17/08/2019			
ASSURE :									DESTINATAIRE :		
MALADE :	MOUSSAFIR,Mohamed				UF: 5002 URGENCES				MOUSSAFIR,Mohamed		
NOM JEUNE FILLE :					N° IMMAT C.N.S.S. :						
TIERS PAYANT 1 :					N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
TIERS PAYANT 2 :					N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE		
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F	CN	1.00	120.00	120.00					0.00		120.00
ACTES DE RADIOLOGIE											
ELECTROCARDIOGRAMME	ECG	1.00	100.00	100.00					0.00		100.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	AMI	1.00	7.50	7.50					0.00		7.50
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					5.39				0.00		5.39
FOURNITURES MEDICALES				10.17					0.00		10.17



Total à reporter				243.06		0.00		0.00		243.06
------------------	--	--	--	--------	--	------	--	------	--	--------

N° IPP : 249805	N° SEJOUR : 190019464	FACTURE N° 1905007907				DATE D'ENTREE: 17/08/2019 DATE DE SORTIE: 17/08/2019			
UF de présence: 5002 URGENCES									

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT	TAUX	MONTANT
Report page précédente				243.06		0.00		0.00		243.06

Intervenant : V109 DR BERRADA GOUZI MOHAMMED AMINE	TOTAUX :	243.06							243.06
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX CENT QUARANTE TROIS DHS ET SIX CENTIMES	PLAFOND PC :							ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :					AVOIR :	
	RESTE DU:	243.06							
DATE FACTURE : 17/08/2019	EDITEE LE : 17/08/2019	PAR: OUAIDI	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>						
VISA			N° DE POLICE :						
			DATE AT :						
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - MOHAMMEDIA						
			BANQUE : BMCE-CENTRE D'AFFAIRES-MOHAMMEDIA						
			N° compte bancaire : 011.787.0000152100060443.40						

