

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

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

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



N°D: 11240.

## Déclaration de Maladie : N° P19-0013348

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5314 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAD Abderrahim Date de naissance : 01-5-1953

Adresse : LOT WAFIA H98 DEROUA

Tél. : 0662652833 Total des frais engagés : 150 + 403 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور حلمي عبد الحميد  
طبيب خبير محلف لدى المحاكم  
الطب العام  
158 شارع المهدي بن بركة بركة بوركون البيضاء  
الهاتف: 0522.20.87.58 - المبرور: 0681.20.13.34

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUAD ABDERRAHIM Age: / /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée ALD et ALC

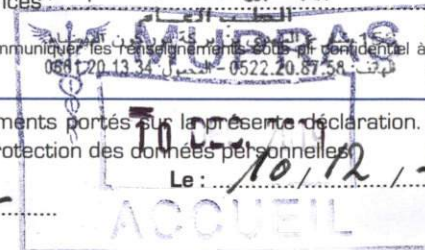
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : /

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 : 10/12/2019

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
03.12/19		C	150	<p>الدكتور حلمي عبد المجيد</p> <p>طبيب خبير محلف لدى المحاكم</p> <p>الطبيب العام</p> <p>158 شارع الهادي بن يوكية بعباس</p>

0312119

156

الدكتور حلمي عبد المجيد  
طبيب خبير محلف لدى المحاكم  
الطبيب العام  
158 مشروع الندي بن بركة بوعون الجزائر  
الهاتف: 0522 20.87.58 - 0522 20.87.58

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou de Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>
(Cachet circulaire bleu avec l'inscription "PHARMACIEN D'ORDRE PUBLIC" et une signature manuscrite)	31/12/19	608,00
062097072		

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre		
AM	PC	U

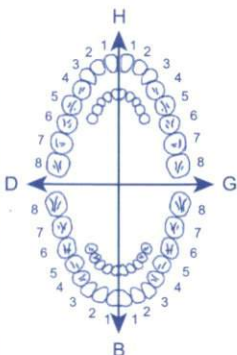
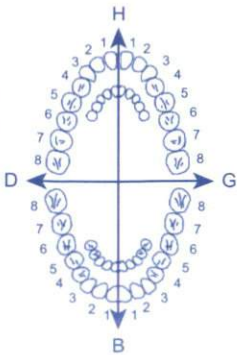
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte ~~pratique~~ 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

## SOINS DENTAIRES

## Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

D. \_\_\_\_\_

00000000

10

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr

MYCOL

Abdel

LOT: 08049059  
PER: 08-2024  
PPV: 36,70 DH

es des Tribi  
IERALE

Topique

158, Avenue Mehdi Ben Ba  
(Ex - du Cimetière) - Bourgogne

Tél. : 05 22 20 87 58

Gsm : 06 61 20 13 34

abdelhilmly1@yahoo.fr

83,20

الدكتور عبد المجيد حلمي

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

ر كة LOT 1913<sup>8</sup>  
ن EXP 07-2022  
PPV 149.50 DH

Casablanca, le : 03/12/2023 : الدار البيضاء, في

Mr

ABDELRAHMAN

133,60

Mycolone 600  
83,20  
149,50



133,60

Spectra 600

36,70

Mycolone 600



الدكتور عبد المجيد حلمي  
طبيب خبير محلف لدى المحاكم  
الطبيب العام  
شارع المهدي بن بورك بـ بـ بـ بـ بـ  
تلف: 0522.20.87.58 - المبرور: 0661.20.13.34

Horaires : du Lundi au Vendredi de 09h00 à 16h / Samedi : de 09h00 à 12h30

أوقات العمل : من الإثنين إلى الجمعة : من التاسعة صباحاً إلى الرابعة بعد الزوال / السبت : من التاسعة صباحاً إلى الثانية عشرة والنصف بعد الزوال