

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-712988

137349

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL YAALAOUI MOHAMED

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 2 Rue TAHANAOUE - HAY ESSALAM CASABLANCA

Tél. : 06 61 46 20 91 Total des frais engagés : 1391,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur K. EL ALJ NEUROPSYCHIATRE**  
70, Bd. Zerkouni Appt 8-Casa  
Tél: 0522 22 23 31 / 0522 47 23 15

Date de consultation : 21/09/22

Nom et prénom du malade : EL YAALAOUI MOHAMED

Age : 78

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

Nature de la maladie : affection neuropsychiatrique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

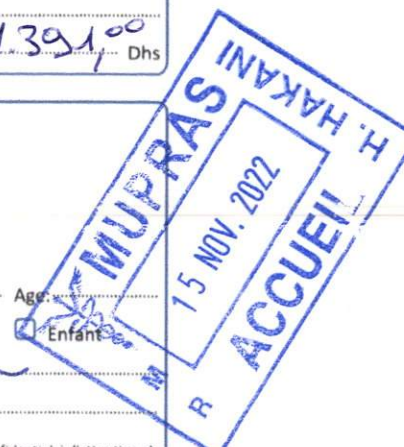
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

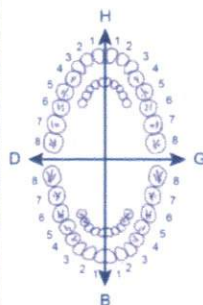
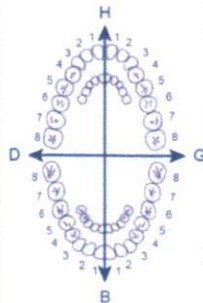
Fait à : CASA

Le : 21/09/2022

Signature de l'adhérent(e)





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			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلي

أخصائي في الأمراض النفسية  
محلل نفسي

Casablanca, le

21/09/2022

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI :

29700

x 2

1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :

1 gélule le matin après le repas un jour sur deux  
2 gélules le matin après le repas un jour sur deux

TRAITEMENT POUR 90 JOURS.

89100

Docteur EL ALJ  
NEUROPSYCHIATRE  
70, Bd. Zerktouni Appt 8-Casa  
Tél : 0522 22 23 31 / 0522 47 25 85

PHARMACIE ARABISCARLE  
Hicham TALLI Pharmacien  
40, Rue d'Alfrance Hay Salam  
Casablanca  
Tél : 05 22 26 13 05 / 05 22 20 61 05

Portable du Cabinet : 06 15 640 140

RECEIVED 21/12/22

215600

LOT 221420 1  
EXP 05 2025  
PPV 297.00

Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg  
60 gélules

LOT 221420 1  
EXP 05 2025  
PPV 297.00

Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg  
60 gélules



LOT 221420 1  
EXP 05 2025  
PPV 297.00

Fluoxet<sup>®</sup> 20 mg  
60 gélules

