

## 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

- Reclamation : 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° W21-672261

13 05 86

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13235 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AZZAKH NINI Nissrine

Date de naissance : 13/02/1993

Adresse : Casablanca

Tél. : 06 77 16 96 30 Total des frais engagés : 4.500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 25/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>


### 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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

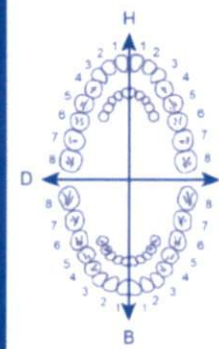
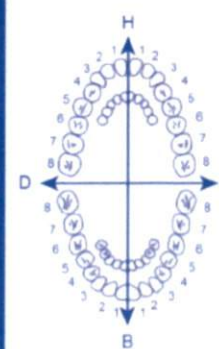
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/11/2022					45000dh

### 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	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>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</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





**Kamélia ZAKARIA**  
**Psychologue Clinicienne**

- Enfants et adolescents : spécialisée dans les troubles des apprentissages et les difficultés scolaires
  - Bilans psychologique et Neuropsychologique (QI, TDA/H Trouble de L'attention Avec hyperactivité)
  - Stratégies et remédiation cognitives
- Adultes psychothérapeute et sexologue
  - Prise en charge cognitive et comportementale
  - Restructuration cognitive

Facture

Attestation Psychologique

Casablanca 23/11/2022

Nom et prénom du patient - Azza Khmini Nisrine

Date De naissance - 13/02/1993

Objet - 10 séances Psychologique

Le - 26/09/2022 (2 séances)

- Le - 30/10/2022

Le - 03/10/2022

- Le - 08/11/2022

Le - 10/10/2022

- Le - 16/11/2022

Le - 17/10/2022

- Le - 23/11/2022

Le - 24/10/2022

Prix de la séance - 450 DH

Prix Total - 4500 DH

Cachet et signature

**Kamélia ZAKARIA ASSAL**  
**Psychologue**  
Bd. Yacoub El Mansour N° 3 Angle Rue Ishan  
Houssou Hamine 36m Etage Apprt. N° 7  
(au dessus Banque Crédit du Maroc) - Casablanca  
Tél. 05 22 25 63 84 - psypartnersmaroc@gmail.com



**Dr Sâad IBN MOUFTI**

Psychiatre

Psychothérapeute

Addictologue



**الدكتور سعد ابن المفتي**

طبيب أخصائي

في الأمراض النفسية و العقلية

معالج نفسياني

علاج الإدمان

Casablanca, le 1/9/2022

Mme NIKINE AZZAKHVINI :

— 10 séances de  
psychothérapie

الدكتور سعد ابن المفتي

طبيب نفسياني

**Docteur Saâd IBN MOUFTI**

Psychiatre

Boulevard Ibrahim Roudani, Centre  
Commercial Nadia, Immeuble 4, 3<sup>ème</sup> Etage  
Tél: 0522 98 21 98

شارع إبراهيم الروداني، المركز التجاري نادية، عمارة 4، الطابق 3 - الدار البيضاء

Boulevard Ibrahim Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3<sup>ème</sup> Étage - Casablanca

Tél. : 05 22 98 21 98 - GSM : 06 23 80 69 57 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr