

# 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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5842

Société : 172944

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ELOUASSINI HABIBA

Date de naissance : Le 26.08.67

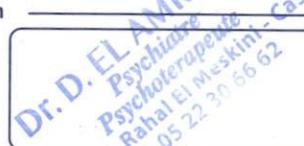
Adresse : Hay chirifa - Rue 1 - N° 82

Tél. : 06.10.33.55.37 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/08/23

Nom et prénom du malade : ELOUASSINI HABIBA

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Troubles mentaux

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
23/08/23	3		400,00	DR. EL AMRAK Psychiatre Psychodépresseur et Psychoanalyste 03 22 30 56 62

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMMÉTÉ PHARMACEUTIQUE 23/08/23	23/08/23	791,40

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

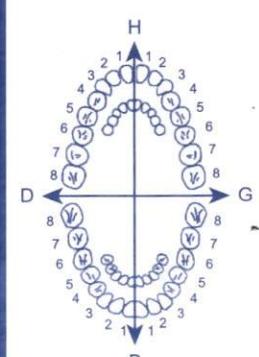
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaire, 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
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr Driss El Amraoui  
Psychiatre  
Ancien Assistant Spécialiste  
des Hôpitaux de France (Paris)  
Tél. : 05 22 30 66 62

الدكتور Adriès العمراوي  
اختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية  
طبيب إختصاصي مساعد سابق بمستشفيات  
فرنسا (باريس)  
الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le 23 10 8 / 2023 الدار البيضاء، في

83,00 Dose EL Ouayni Habiba 132,00  
48  
1) Dexoxadrol 20 mg 2) Paracetamol 500 mg  
36,00 1 cp — 0 — 1 cp  
2) Ausei 6 L 6 mg  
66,10 Yu. CP 15 81 belden.  
3) Aximycine 1 g.  
21,00 1 cp 21 x 10 j.  
4) Fehmed 1 g. 31 x 5 j.  
791,00

*(Handwritten prescription with various medications and their dosages, including Dose EL Ouayni, Dexoxadrol, Paracetamol, Ausei, Aximycine, and Fehmed. Red ink marks and a large red stamp are present on the prescription, along with several red circular stamps from a pharmacy.)*

Traitement pour :

04 mois

Dr. D. EL AMRAOUI  
Psychiatre  
Psychoterapeute  
Rue Rahal El Meskini - Casa

39 شارع رجال المسكيني - الطابق 4، شقة 8 (مصدع) - الدار البيضاء أنفا  
39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4<sup>ème</sup> étage (Ascenseur) - Casa - Anfa

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 6511750  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 6511750  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 6511750  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650656  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650656  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650581  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651886  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 6511750  
6 118001 140237

NYCINE® 14 comprimés dispe  
PPV 64DH10  
LOT 1N0073  
EXP 12/2023

PHARMED  
LOT: 7321  
UT.AV: 12-22  
PPV: 21DH00

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V: 132DH00  
LOT: 20/0111  
PER: 07/2023  
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V: 132DH00  
LOT: 21/0109  
PER: 08/2024  
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V: 132DH00  
LOT: 21/0102  
PER: 02/2024  
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V: 132DH00  
LOT: 21/0112  
PER: 10/2024  
6 118000 062301

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V: 132DH00  
LOT: 21/0106  
PER: 04/2024  
6 118000 062301

ANXIOL® 3 mg  
30 comprimés quadriseables  
6 118000 081111