

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

M23-005822

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05444 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN Abdelphadi

Date de naissance : 06 / 10 / 1962

Adresse : HARBIVILLE

Tél. : 0677884082 / 0522897679 Total des frais engagés : # 978,70 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MSEFER IBRAHIM  
Médecin Psychiatre  
159 Bd Yacoub El Manssour  
1er Etage Appt N° 2 - Casablanca  
Tél : 05 22 90 39 96

Date de consultation : 26 / 09 / 2023

Nom et prénom du malade : HAMDOUN Abdelphadi Age :

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

Nature de la maladie : Trouble bipolaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Psychiatrie

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 : 26 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26-09-2023      |                   |                       | #100\$                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

PHARMACIE MAZOLA  
Mme BENAZZOUL Inissam  
N°51 Rue A. Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel : 0522 93 36 89

26/09/23      578,20

# 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

A M      P C      I M      I V

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

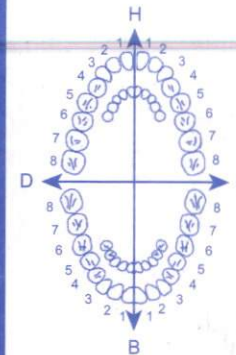
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



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 00000000 G  
35533411 11433553  
B

[Création, remont, adjonction]

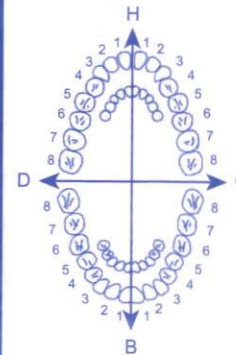
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

**Dr. MSEFER IBRAHIM**

MEDECIN PSYCHIATRE



الدكتور مسفر إبراهيم  
اختصاصي في الأمراض  
النفسية والعقلية

Casablanca le 26.09.2023 في الدار البيضاء

Ordonnance médicale

PHARMACIE MAZOLA  
Mme BENAZZOUEZ Hissam  
N°51 Rue 4 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel : 0522 93 36 89

Patient(e) : Hamdan Khalil

12685

12685

(1) Nodop 50 g

36.70 1 - 0 - 0

36.70

(2) Axiol 6 (2/2)

2A100 1/4 - 1/4 - 1/2

(3) Banazyt 10 g

232

578.70 - 0 - 7

PHARMACIE MAZOLA  
Mme BENAZZOUEZ Hissam  
N°51 Rue 4 Mazola  
Hay Hassani - Casablanca  
Tel : 0522 93 36 89

RAU  
03.10.2023

159, angle bd yacoub el mansour, ghandi  
1er étage, casablanca

Tél : 05 22 98 39 98

ANXIOL® 6 mg ○  
30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

26,20

RANOZYP® 10 mg ○  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale



6 118001 1300426

RANOZYP® 10 mg ○  
28 comprimés Orodispersibles  
Voie orale



6 118001 1300426

Lot No.: PTE0214A  
EXP: 12/2024

PPV:271 DH 00

GTIN: 16118001300423  
Lot No: PTE0670A  
EXP: 04/2025  
S.N.: 38KDCUKH3JD

