

# 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

- 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

M22- 0042571

18/11/19

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5015

Société :

R.A.M.

RETRAITE

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SALAM YOUSSEF

Date de naissance :

26.02.61

Adresse :

30, Rue Al-Bahia

HAY RIBAT BERRECHID

Tél. : 07.22.06.10.64

Total des frais engagés : 616,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HECCHADI Mohammed  
Neuro-psychiatre - Psychothérapeute  
26, Rue Okba Ben Nafii 1er Etage  
Centre Ville BERRECHID  
Tél: 0522 22 64 44 / 0682 26 62 20

Date de consultation :

01/11/2019

Nom et prénom du malade :

SALAM YOUSSEF

Age:

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Affection longue durée ou chronique :

ALD  ALC Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Affection

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 :

Berrechid

Le : 01/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

SALAM YOUSSEF

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M22-0042571

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 5015

Nom de l'adhérent(e) : SALAM YOUSSEF

Total des frais engagés : 616,60 Dhs

Date de dépôt : 01/11/2019

## 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
le 01/01/2023		com mme	300 Dhs 300,00	 Dr. H. HECHADI MOHAMMED Neuro-psychiatre - Psychothérapeute 26, Rue Okba Ben Nafii 1er Etage Centre Ville BERRECHID T. 0522 22 84 11 / 0682 26 02 20

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/23	316.60

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

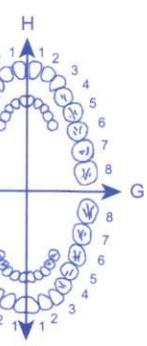
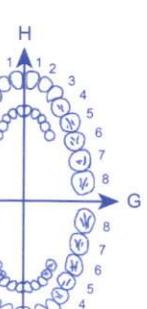
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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 HECHADI Mohammed

Neuropsychiatre - psychothérapeute

Ex. Médecin chef de l'hôpital neuropsychiatique  
de Berrechid



الدكتور حشادي محمد

طبيب إختصاصي في الأمراض العصبية النفسية والعقلية

الطبيب الرئيسي لمستشفى الأمراض العقلية والنفسية

برشيد سابقا

Berrechid le :

01/11/2023



061176855

SALAH

YOUSSEF

180.00

+

71.00

Fluoxet

32.60 x 2

Fluoxet clo.50 mg

316.60

reçu

4 Tréins

Dr. HECHADI Mohammed  
Neuro-psychiatre - Psychothérapeute  
26. Rue Okba Nafii 1er Etage  
Centre Ville BERRECHID  
Tél.: 0522 32 64 44 / 0682 26 62 2

R.V. 13/12/2023.

Pharmacie Fatima Santé

Dr. ARRACHIDI Samira

Angle Rue Okba Bnou Nafii

et Rue Madina - BERRECHID

Tél: 0522 33 77 77

26، زنقة عقبة ابن نافع - الطابق الأول - وسط المدينة - برشيد - الهاتف : 06 82 26 62 20 - 05 22 32 64 44

26, Rue Okba ben nafii 1er étage - Centrs ville - Berrechid - Tél : 05 22 32 64 44 - 06 82 26 62 20

E-mail : hechadi.mmm@gmail.com



LOT 231051 1  
EXP 03 2026  
PPV 180.00



LOT 230825 2  
EXP 02 2026  
PPV 71.40

71,40