

# 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.



Déclaration de Maladie

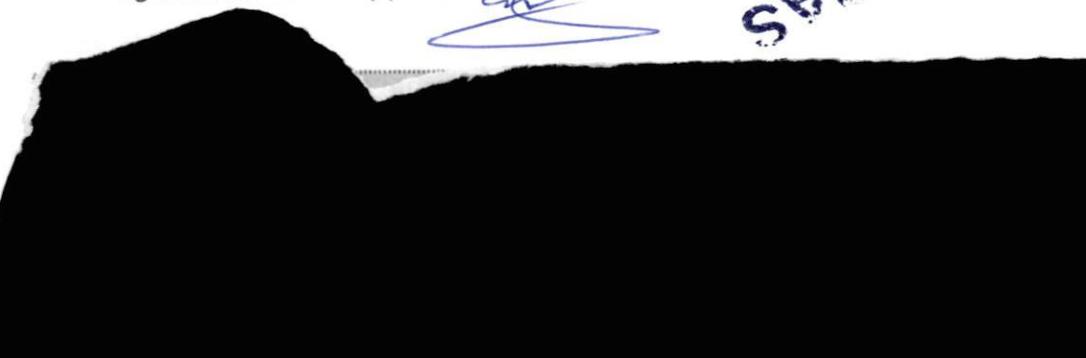
N° W21-616600

**60909**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                      | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>         | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |  |   |
| Matricule : <b>07516</b>  | Société :  |   |
| <input type="checkbox"/> Actif  | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :        |
| Nom & Prénom : <b>EL HOUCINI HASSAN</b>                                 |  |   |
| Date de naissance : <b>01.01.1962</b>                                   |  |   |
| Adresse : <b>64 Rue Proviss ETR 07 - N° 13<br/>BELVEDERE CASABLANCA</b> |  |   |
| Tél. : <b>0612-64-84-64</b>   | Total des frais engagés :                        |   |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin   |                                   |                                   |
| Cachet du médecin :  |                                   |                                   |
| Date de consultation :   | <b>6/3/2021</b>                   |                                   |
| Nom et prénom du malade :  | <b>EL Houcini ASMAA</b>           |                                   |
| Age :  | <b>19</b>                         |                                   |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie :   | <b>Affection psychique</b>        |                                   |
| 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 suis au courant de la clause relative à la protection des données personnelles. |                                   |                                   |
| Fait à :   | <b>Casablanca</b>                 |                                   |
| Signature de l'adhérent(e) :   |                                   |                                   |
| Le : <b>06/03/2021</b>   |                                   |                                   |



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 6/3/21          | CP                | 1                     | 300                             | 091193862  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture   |
|---|----------|---|
| PHARMACIE YASSINE<br>ICE: 001670310000034<br>19, RUE DE LILLE BELVEDERE<br>CASABLANCA | 06/03/21 | PHARMACIE YASSINE<br>ICE: 001670310000037<br>19, RUE DE LILLE BELVEDERE<br>CASABLANCA |
|   |          |   |
|   |          |   |
|   |          |   |
|   |          |   |
|   |          |   |
|   |          |   |
|   |          |   |

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

VOLET ADHERENT

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

|  |   |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
|--|---|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|--|--|
|  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX                   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
|  |   | MONTANTS DES SOINS                        |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
|  |   | DEBUT D'EXECUTION                         |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
|  |   | FIN D'EXECUTION                           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
|  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX                   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
| <p>O.D.F<br/>PROTHESES DENTAIRES</p>   |   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td> </td> </tr> </table> |   | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 11433553 | G | 35533411 |  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |
| H  | 25533412                                    | 21433552                                  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
| D  | 00000000                                    | 00000000                                  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
| B  | 00000000                                    | 11433553                                  |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
| G  | 35533411                                    |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |
|  |   | 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'EXE |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |  |  |

Dr Sâad IBN MOUFTI

Psychiatre

Psychothérapeute

Addictologue

الدكتور سعد ابن المفتى

طبيب أخصائي

في الأمراض النفسية والعقلية

معالج نفسي

علاج إدمان

Casablanca, le 6/3/2021



Mme EL Houcini

291.00

① MEDIZAPIN 10 mg

35.70 — 0 —

② ALPRAZ 20,5 mg

0 — 0 —

LOT / 202852 1  
EXP / 11 2023  
PPV 35,70 35.70



En 2 doses d'ingrédient = 1/2

ml buvable

240.00

③ Seroplex 10 mg cp 4:

1/2 — 0 —

2

Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
Ql Zenata Ain seba Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH  
6 118001 184989

Pr 1 — 0 —

T = 566

PHARMACIE YASSINE  
ICE : 001670310000034  
19, RUE DE LILLE BELVEDERE  
CASABLANCA

شارع ابراهيم الريفي، الموكز التجاري ناديا، عمارة 3 الطابق 3، الدار البيضاء  
Boulevard Ibram Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Etage - Casablanca  
Tél. : 05 22 98 21 98 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr

دكتور سعد ابن المفتى  
طبيب نفسي  
Dr. Saad Ibn Moufti Psychiatre