

# 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

- 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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07516 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ELHOUCINI HASSAN  
 Date de naissance : 01.01.1962  
 Adresse : 64 Rue Provins ETG 07 N° 13  
 BELVEDERE CASABLANCA  
 Tél. : 0612.64.84.64 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : (4)  
 Date de consultation : 6/3/2021  
 Nom et prénom du malade : EL HOUCINI ASMAA Age: 19  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection psychiatrique  
 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  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
 Fait à : Casablanca Le : 26/03/21  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

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

06/03/21

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

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

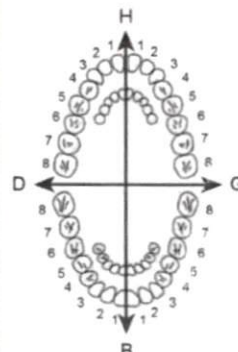
# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

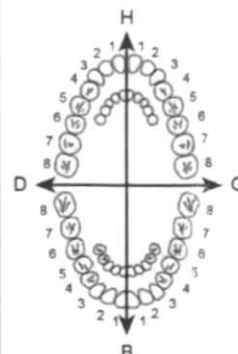
AM    PC    IM    IV

VOLET ADHERENT

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



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D      G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

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

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

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 المفتي

طبيب أخصائي

في الأمراض النفسية و العقلية

معاليج نفساني

علاج الإدمان

Casablanca, le 6/3/2021

M. EL Houcini

291.00

① MEDIZAPIN ② 10 mg

35.70

② ALPRAZ ② 0,5

En 1/2 dernière d'urgence = 1/2 en  
obligatoire

③ Seroplex 10 mg ② 4"  
1/2

pi 1

Traitement 1 mg

T=566

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

Boulevard Ibram Rouadi, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4 3ème Étage - Casablanca

Tél. : 05 22 98 21 98 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr



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

LOT: 036  
PER: DEC 2022  
PPV: 291 DH 00

LOT: 207852 1  
EXP: 11 2023  
PPV: 35,70 35,70



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca  
Seroplex 10mg cp sec b28  
P.P.V : 240,00 DH



الدكتور سعد ابن المفتي  
طبيب نفسي  
Dr Sâad IBN MOUFTI Saad