

## 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.

### Diagnostique 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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)

## Déclaration de Maladie

N° P19- 044857

65026

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

60947  
Recette  
réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6408

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUHIBI Mohammed

Date de naissance : 13.3.63

Adresse : H. Abilmette

Tél. : 06 57 22 315

Total des frais engagés : 1237,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ABDELLAH MAMOU  
Neuro - psychiatre  
33, Bd. Rachid - Casablanca  
Tél : 05 22 47 80 00 / 10

Date de consultation : 13 / 01 / 2021

Nom et prénom du malade : LOUHIBI Mohammed

Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 29 / 01 / 21

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
13.1.21	C502		-400	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13.01.2021

837.00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

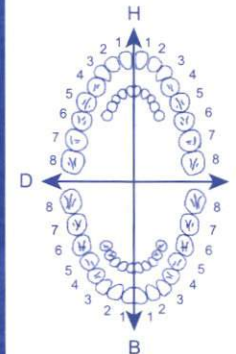
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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 00000000 G  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

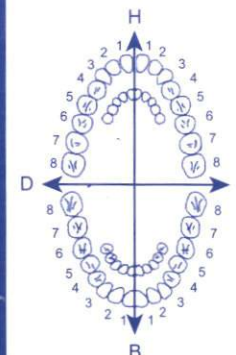
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

الدكتور عبد الله مامو  
Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE

D.U. D'Angers

en expertise médicale

Ex. attaché des Hôpitaux de Paris

Médecin Expert auprès des Tribunaux



اختصاصي في الأمراض العقلية و النفسانية

حائز من جامعة أنجي على دبلوم

الخبرة الطبية

ملحق سابق بمستشفيات باريس

طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, Le 13.1.2022 في الدار البيضاء

M<sup>r</sup> Mohammed LOUITI

8370x10 Deroxat  
sup l'ma h

- Alproy 0.5  
1/2 en au bassin

T: 837.00

PHARM  
Dr. MAMOU  
236, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Dr. Abdellah MAMOU  
Neuro - psychiatre  
38, Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 05 22 47 60 00 / 10

Durée de Traitement 3 mois

R.D.V. le 13/04/2022 à 10H30

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237



**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237

**DEROXAT**  
Paroxétine  
Comprimé pelliculé sécable 20 mg

ID 646217  
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
6 118001 140237