

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 Mohammed 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

N° P19-0048091

ND: 30 2017

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.46 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL YAAALAOUI Mohamed

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse : 2 RUE TAHAR MAOUT Hay ESSA (Casab)

CASABLANCA 2010

Tél. : 066 111 16 37 Total des frais engagés : 1421,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : EL YAAALAOUI Mohamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection neuropsychiatique

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 : 15/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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
28/01/2020	Maladie		500 Dhs	<i>Docteur A. Zektouni Appt &amp; Casse</i> N° 10000000000000000000000000000000 70 Bd. Zektouni 22 347 052 47 25 85

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE TALI DENTAL</i>	28/01/20	921,50

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	11433553	B				
H	21433552													
00000000	00000000													
D	00000000													
00000000	11433553													
B														
MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction]	MONTANTS DES SOINS												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
DATE DU DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	DATE DE L'EXECUTION												
DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

Docteur Khalid. El Alj

Psychiatre - Psychanalyste

الدكتور العلجم

أخصائي في الأمراض النفسية

محلل نفساني

19 2 3 4 9

10 2022

180.00

180,00

19 1 2 3 4 9

10 2022

180.00

180,00

Casablanca, le

28/01/2020

MONSIEUR MOHAMED EL YAALAOUI:

18000  
x4

S V

1 - FLUOXET 20 MG. GELULES :

2350

S V

1 gélule matin et midi tous les jours.

8900  
x2

S V

2 - URBANYL 10 MG. CMP. :

$\frac{1}{2}$  cmp. le soir

S V

3 - SUPRADYNE BOOST CMP. :

1 cmp. le matin

014233

014234

TRAITEMENT POUR 60 JOURS.

92,150

Docteur K. EL ALJ  
NEUROPSYCHIATRE  
70, Bd Zerkouni Apt 8-Casa  
Tél: 05 22 23 31 / 05 22 47 25 85

HICHAM TALI Pharmaciens  
42, Rue d'Ifrane Hay Salam  
Tel: 05 22 23 36 13 - Casablanca 22 39 61 05

Urbanyl 10mg

30 Comprimés sécables

23,50

PPC: 89,00 DH  
CB00041  
EXP: 04/2022

---

PPC: 89,00 DH  
CB00041  
EXP: 04/2022

---



**Supradyn®**

**boost**

activez rapidement  
votre énergie  
naturelle