

# 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.

## Diologie 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.

## Educution :

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.

## Prothèse :

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° P19-0045214

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **38630** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5763** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **DIRAI Abdel Fattah**

Date de naissance : **1958**

Adresse : **Lot AL Khayzama Im. 197 E4 1<sup>er</sup> étage**

**Lissassla**

Tél. : **0667143223** Total des frais engagés : **1792,20** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur ABDELRAHIM Braham**  
**NEURO-PSYCHIATRE**  
11, Bd. Zerkouni - Résidence Taraya  
4ème étage - Casablanca  
Tél. : 022 26 53 47

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **DIRAI ABDEL FATTAH** Age : **1958**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **aff Neuro-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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Casablanca** Le : **04/10/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



# 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
26.08.2020	C3		300,00	Dr. B. Zerkouni - Résidence Tanfaya 11, Bd. Zerkouni - Casablanca 4ème étage - Casablanca Tél : 022 26.53.47

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TANTAYA 149 B, Lot. Hay Fatah Casablanca Gsm : 06 67 07 5111	26/08/2020	1492,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

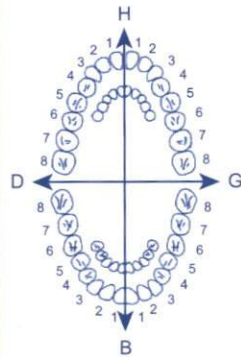
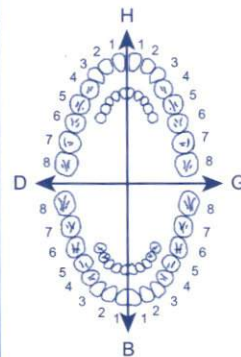
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS															
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Docteur BENBRAHIM Brahim

NEURO - PSYCHIATRE

11, Bd. Zerkouni "Résidence Tarfaya"

4ème Etage, App 12- Casablanca

Tél : 05 22 22 16 81

Fax : 05 22 26 53 47

الدكتور بنبراهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية و العقلية و النفسية

شارع الزرقطوني " إقامة طرفاية "

الطابق الرابع الشقة رقم 12 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 16 81

الفاكس : 05 22 26 53 47

Casablanca, le 26 Aout 2020

Mr DIRAI Abdelkattah

298,00 x 2

- Nadopar 25



PHARMACIE DATTIER

Tazi Nari's

149 B, Lot. Haj Fateli 5, Lissasfa

Casablanca

Gsm : 06 61 07 53 12

110,5 x 6

lep at, lsh, pos

- Y mistel



49,50 x 3

lgl at, lsh, pos

- Sumatil 20



49,00

- Beluazol 100



Docteur BENBRAHIM Brahim

NEURO-PSYCHIATRE

11 Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya

4ème étage - Casablanca

Tél : 05 22 22 16 81 - Fax : 05 22 26 53 47

35,70

1499,20

Traitement continu jusqu'au prochain Rendez-vous le .....

26 / 10 / 2020



LUT  
EXP  
PPV

200600 2

03 2023

35, 30, 70

Alpraz<sup>®</sup> 1 mg

14 comprimés sécables

Remboursable AMO



6 118000 020523

49,50

BELMAZOL<sup>®</sup> 20 mg

14 gélules



6 118000 070122

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Surmontil 25mg cp b/50  
P.P.V. : 49,50 DH



6 118001 183036

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Surmontil 25mg cp b/50  
P.P.V. : 49,50 DH



6 118001 183036

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,  
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Surmontil 25mg cp b/50  
P.P.V. : 49,50 DH



6 118001 183036

Lire attentivement la notice

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.

Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL<sup>®</sup> 50mg LP

30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287

TRIVASTAL<sup>®</sup> 50mg LP

30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL<sup>®</sup> 50mg LP

30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL<sup>®</sup> 50mg LP

30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL<sup>®</sup> 50mg LP

30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287

110,50

50 X 16 X 114 mm

TRIVASTAL<sup>®</sup> 50mg LP

30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287