

## 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

- Reclamation : [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)

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 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° W19-515175

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1823 Société : R-4-M

Matricule : 1823

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL FARAH Mohamed

Date de naissance : 05/09/55

Adresse : AN Mok Rue 129 NE 34 CAS

Tél : 0661978518 Total des frais engagés : 1649,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2020

Nom et prénom du malade : ASMI Ame

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : TB maxillaire

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.

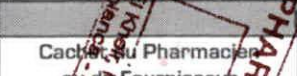
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 10/03/2020

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
06/03/2020		63	30,00	INP : 02/1/82 98010

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/2012	134532

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

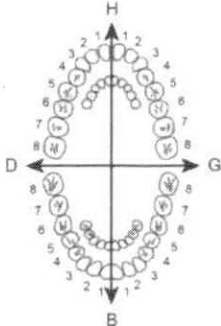
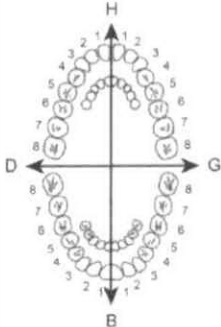
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

[illegible]

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel. 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



**Dr. Maha ELKADIRI**

**Psychiatre - psychothérapeute**

Spécialiste en :

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Addictologie

Thérapie cognitivo-comportementale



**الدكتورة مها القادري**

**طبيبة نفسانية**

إختصاصية في:

الطب النفسي للكبار

الطب النفسي للأطفال و المراهقين

معالجة الإدمان

العلاج السلوكي المعرفي

06/03/2020

LASNI

Amo

PHARMACIE ATTIOU  
Derb El Kheir, Rue 1, N° 15  
Casablanca - Tél. : 05 22 52 08 42

S.V

S.V

S.V

S.V

إقامة راوية، عمارة (أ) الطابق 3، الشقة 15، شارع عبد الرحمان السرجيني، المحمدية

Résidence Rawiya, Immeuble A, 3<sup>ème</sup> étage, Appt15, Bd Abderrahman Serghini, Mohammédia.

Tél : 05 23 30 21 20 - Email : dr.elkadirimaha@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

Demander l'avis de votre médecin  
ou de votre pharmacien si vous êtes  
enceinte ou si vous allaitez  
Lot : 1853-03326 EXP: 11/2021  
PPC : 89 DH

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

SYNTHEMEDIC  
22 rue souheir benou el ouam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL  
25mg Oprenu  
Boîte de 60  
26616 DMP/21/NSF P.P.V: 150,60 DH  
6 118001 021338

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83.70 DH  
ID : 633869  
6 118001 140237

27,00

27,00

27,00

27,00

27,00

27,00

27,00