

# ~~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.

## Biologie 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.

## Dentaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 060393

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3690 Société : RABT 58619

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENDAHOY KHALID

Date de naissance : 24/08/1954

Adresse : VILLA N° 21, IMP. BN ABDELLAH

BOUARID HAY RATHA, CASA

Tél. : 0657569966 Total des frais engagés : 1254,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre  
INPE : 091137646  
Tél. : +212 522 05 15 15

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENABRAHIM EL ANJALOUI SOUNAYA 8/10/66

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 21/2/2021

Signature de l'adhérent(e) :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RABT' followed by a date '21/2/2021'.

#### **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
02 FEV 2021	Consultation + psychostimulation		600,00	Dr. THAL MOHAMED HACHEN Psychiatre INPE : 091177646 Tél. : +212 522 05 15 15

**Cachet du pharmacien  
ou du commissaire**

**PHARMACIE L'ORCHIDEE**  
**Av. Boulevard Charles de Gaulle**  
**Route d'Azamor 500 CASABLANCA**  
**Téléphone : 05.22.36.66.22**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

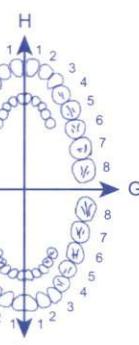
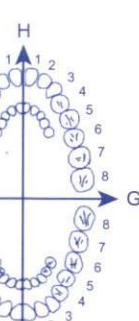
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS ET H**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte et le moyen de soin, indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre - psychanalyste

Clinique  
Villa des Lilas

الدكتور التيال محمد هاشم  
طبيب نفسي - محلل نفسي

Casablanca, le 02 février 2021

Mme BENDAHOU SOUMAYA

$$(3 \times 189,10) = 567,30$$

1/ TUNELUZ 20 MG GELULE

9760 | 2021

$$(3 \times 29,10) = 87,30$$

2/ NORDAZ 15 MG COMPRIME QUADRISCALE

1/4 cp le matin, 1/4 cp à midi, 1/2 cp le soir

Traitement pendant : 3 Mois

$$T = 654,60$$

PHARMACIE L'ORCHIDEE  
Angle Boulevard Ghandi &  
Angle Route d'Azemmour  
21 500 CASABLANCA  
Téléphone : 05.22.36.66.22

Dr. TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre  
INPE : 091137646  
Tél. : +212 522 05 15 15

189,10

189,10

189,10



comprimés tétrasécables

nordazépam

15 mg

**Nordaz®**

6

CS0061.0513

**Composition :**  
Nordazépam (DCI).....15 mg  
Excipients (dont lactose et amidon de blé) q.s.p....1 comprimé tétrasécable

Tube contenant 30 comprimés soit 450 mg de nordazépam

Lire attentivement la notice avant utilisation

Voie orale

Ne pas laisser à la portée des enfants



نورداز®  
15 مغ

نوردازيبام

30 قرصاً قابلة للكسر

**Nordaz® 15 mg**

30 comprimés tétrasécables

PROMOPHARM S.A.



**Nordaz®**

**15 mg**

nordazépam



30 comprimés tétrasécables

64X32X32



04/66





comprimés tétrasécables

nordazépam

15 mg

**Nordaz®**

6

CS0061.0513

**Composition :**  
Nordazépam (DCI).....15 mg  
Excipients (dont lactose et amidon de blé) q.s.p....1 comprimé tétrasécable

Tube contenant 30 comprimés soit 450 mg de nordazépam

Lire attentivement la notice avant utilisation

Voie orale

Ne pas laisser à la portée des enfants



نورداز®  
15 مغ

نوردازيبام

30 قرصاً قابلة للكسر

**Nordaz® 15 mg**

30 comprimés tétrasécables

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240549

**Nordaz®**

**15 mg**

nordazépam



30 comprimés tétrasécables



64X32X32



04/66





comprimés tétrasécables

nordazépam

15 mg

**Nordaz®**

6

CS0061.0513

**Composition :**  
Nordazépam (DCI).....15 mg  
Excipients (dont lactose et amidon de blé) q.s.p....1 comprimé tétrasécable

Tube contenant 30 comprimés soit 450 mg de nordazépam

Lire attentivement la notice avant utilisation

Voie orale

Ne pas laisser à la portée des enfants



نورداز®  
15 مغ

نوردازيبام

30 قرصاً قابلاً للكسر

**Nordaz® 15 mg**

30 comprimés tétrasécables

PROMOPHARM S.A.



**Nordaz®**

**15 mg**

nordazépam



30 comprimés tétrasécables



64X32X32



04/66

