

# 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.

## 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  
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 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



69005

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024947

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1049 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Youssef Benachoud Date de naissance : 1943  
Adresse : Darb Louti Rue 3 N° 29  
Tél. : 0538901218 Total des frais engagés : 300 DH + 561,00 DH. Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2021  
Nom et prénom du malade : AFRANI Fetouma Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection psychique  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

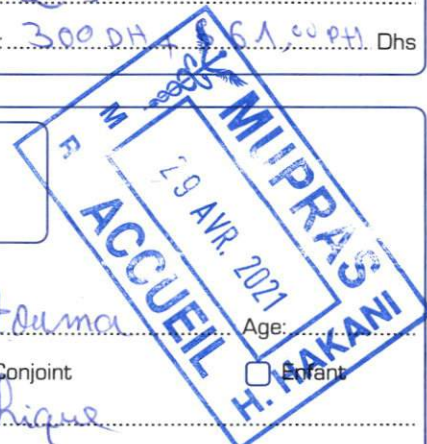
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 28/4/2021

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
01/03/2021	E		300 DA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/03/2021

661.00

# 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

Nombre

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 :

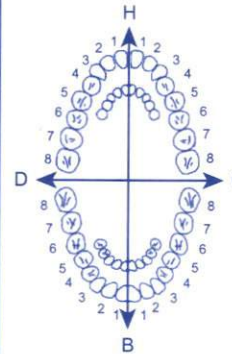
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

# 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 G

35533411 11433553

B

Coefficient DES TRAVAUX

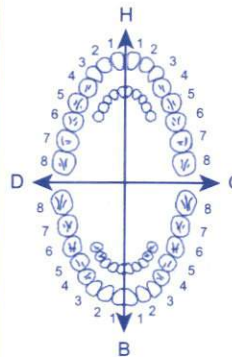
MONTANTS DES SOINS

(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'EXECUTION

**Dr. Loubna Bouhaouli LAHSAINI**

Psychiatre - Psychothérapeute

PSYCHOTHÉRAPIE

TROUBLES DE SOMMEIL

TROUBLES SEXUELS

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



الدكتورة لبنى بوحولي لحساني

أخصائية في الطب النفسي و العقلي

العلاج النفسي

إضطرابات النوم

الإضطرابات الجنسية

إضطرابات في السلوك الغذائي

## ORDONNANCE

600410312021

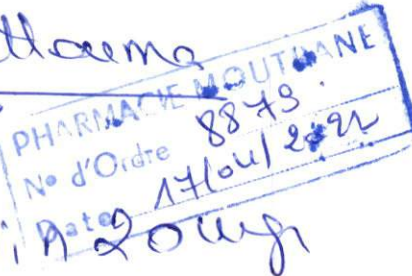
AFRANI Felhaema

396.00

132.00

x3

- Paroxetine w/ 20mg



156.00

- Diminut 20mg 1/2

52.00

x3

- Tenast 10mg 1/2

109.00

- Aspergoc 100g 1/2

Tu / 3mg



661.00

**Dr. Loubna BOUHAOU**

- Psychiatre -

Résidence COLISEE 30 Bd. Taoujtate  
(en Face Clinique BADR)

Casablanca - Tél : 05 22 27 28 72



RDV 21/06/2021

32,00

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V.: 132DH00  
LOT: 20E008F  
PER: 02 2023  
6 118000 062301

Diurimat<sup>2,5 mg</sup>  
30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 240303

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
LOT: 20E011F  
PER: 05 2022  
6 118000 061113

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V.: 132DH00  
LOT: 20E016  
PER: 10 2023  
6 118000 062301

Diurimat<sup>2,5 mg</sup>  
30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 240303

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
LOT: 20E010  
PER: 11 2021  
6 118000 061113

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V.: 132DH00  
LOT: 20E016  
PER: 10 2023  
6 118000 062301

Diurimat<sup>2,5 mg</sup>  
30 comprimés  
PROMOPHARM S.A.  
6 118000 240303

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
LOT: 20E010  
PER: 11 2021  
6 118000 061113

32,00

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
LOT: 20E011F  
PER: 05 2022  
6 118000 061113

32,00

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V.: 21DH80  
LOT: 20E011F  
PER: 05 2022  
6 118000 061113