

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0051968

**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.

**Pathologie 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 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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : M43 Société : BOUR  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : AAAA  
Nom & Prénom : BALMANE Mohamed  
Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : ..... Age: .....  
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 : ..... Le : .....  
Signature de l'adhérent(e) : .....

**VOLET ADHERENT**

Déclaration de maladie N° M21-051968

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

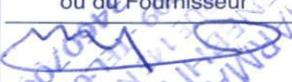
Matricule : .....  
Nom de l'adhérent(e) : .....  
Total des frais engagés : .....  
Date de dépôt : .....



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
16 04 2021	C3		400,00	 <b>Dr. HERRADY Bachir</b> Psychiatre Psychothérapeute 16, Rue Abdelkader Montakal (Par Rue Prince My. Abdellah) Tél. 26-44-3371 - CASABLANCA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DOUINA 0522371441 0510385555	16/04/21	994,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

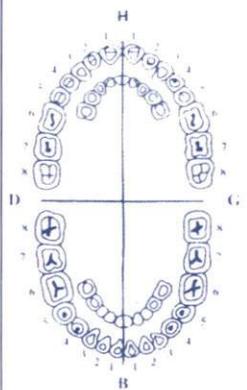
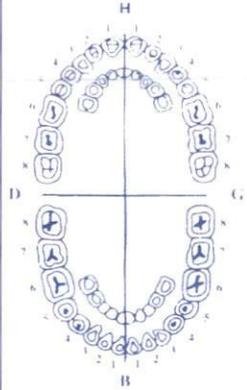
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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																								
	<table style="margin: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																							
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

# Docteur HERRADI El Bachir

Psychiatre - Psychothérapeute

Spécialiste, diplômé d'Etat de l'Université d'Amiens (France)

Ex-Praticien hospitalier en France

16, Rue Abdelkader Mouftakar, Angle Bd de Paris - Rue Tata (Prés café la comédie) - Casablanca  
Tél Fixe : 05 22 26 44 33

# الدكتور هرادي البشير

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية العصبية والعقلية

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب سابقا بفرنسا

16، زقة عبد القادر مفتكر، زاوية شارع باريس و زقة طاطا (قرب مقهى لاكوميدي) - الدار البيضاء  
هاتف الثابت: 05 22 26 44 33

Casablanca, le 16/04/2021 في الدار البيضاء،

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
LOT: 20E008  
PER.: 07 2024  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
LOT: 20E008  
PER.: 07 2024  
6 118000 061465

M = BALMAME Habiba

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
LOT: 20E008  
PER.: 07 2024  
6 118000 061465

(47,90 x 6)

Anofranil 25mg = 2x lesoir

(133,70 x 3)  
SYNAX 25mg = 2x lesoir

23,10  
Lysanxia = 1/2 x lesoir

(56,60 x 5)  
Stilnox = 1x lesoir

UT. AV: 10 2023 P.P.V.  
23,10 23 10  
LOT N°: 12 8 50

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
LOT: 20E008  
PER.: 07 2024  
6 118000 061465

LOT: PA00571  
PER: 06-2022  
PPV: 133,70DH

994,60

PHARMACIE DOUINIA  
MEH EL BHI NOUFISSA  
JAMILA 5 RUE 145 N° 103 BS CASA  
PAT: 37417809 - TEL: 05 22 26 44 33  
ICE: 001 534607000024

Dr. HERRADI El Bachir  
Psychiatre - Psychothérapeute  
16, Rue Abdelkader Mouftakar  
(Par Rue Prince My. Abdellah)  
Tel. 26-44-33  
CASABLANCA

LOT: PA00571  
PER: 06-2022  
PPV: 133,70DH

LOT: PA00571  
PER: 06-2022  
PPV: 133,70DH

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V.: 56DH60  
LOT: 20E008  
PER.: 07 2024  
6 118000 061465

LOT: M20150  
EXP: AOU 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20071  
EXP: AVR 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20071  
EXP: AVR 2023  
PPV: 47,90 DH