

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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



Déclaration de Maladie  
N° M21- 0019141

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1650 Société : 21811  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Agnès Benjemia  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 0522360059 Total des frais engagés : 548 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TYAL Mohamed Hachem  
Tél INPE : 05 22 20 45 46  
Date de consultation : 30/04/2021  
Nom et prénom du malade : AG NADJ 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) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
30/04/2021	consulte		700,00	
	+ psychothérapie			

30/04/2021 CPEly  
+ phytotherapie

700, 10

attestant le Paiement des Actes

**Dr. TYAL Mohamed Hacem**  
Psychiatre  
Tél. INDE : 0911376646  
+212 522 05 15 15

**HAMP**  
**ES**  
Casca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2024	148,00

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

Date \_\_\_\_\_

Montant de la Facture

20/06/2022  
PHARMACEUTICALS LONGCHAM  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tel.: 0522 38 47 48

30/4/21

Rue Toulouse  
Tél. : 05 22 36 47

14800

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Praticien**

Date des Soins

### Nombre

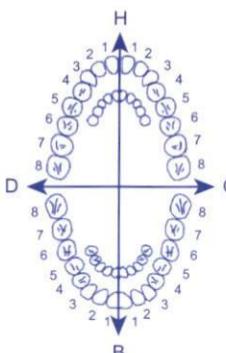
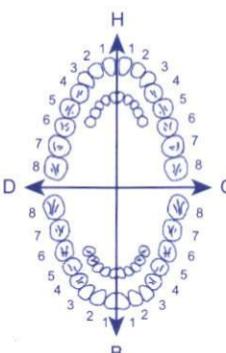
A M

PC

IM

IV

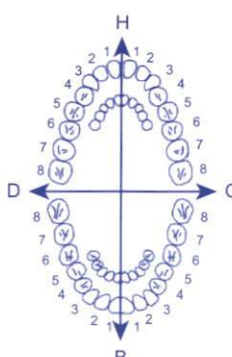
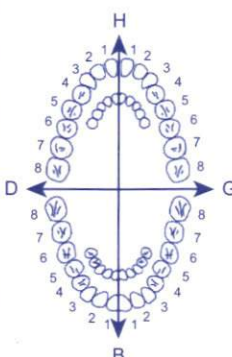
### Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de</p>																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>    <input style="width: 100%;" type="text"/>    <input style="width: 100%;" type="text"/>    <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p> </div> <div style="width: 15%; text-align: center;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>    <input style="width: 100%;" type="text"/>    <input style="width: 100%;" type="text"/>    <input style="width: 100%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D ————— G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
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

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table><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 colspan="2">B</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		B																
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS													
		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'EXECUT

PHARMACIE LONGCHAMP  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél. : 05 22 36 47 51

Casablanca, le 30 avril 2021

Mlle AGNAOU RHITA

INIDEP 50 MG COMPRIME



1 cp le matin, 1 cp le soir

LYSANXIA 10 MG COMPRIME SECABLE

1 cp en sublingual si besoin



Traitement pendant : 21 jours

PHARMACIE LONGCHAMP  
Rajaa TAZI BENLAMLIH  
Rue Toulouse C.I.L - Casa  
Tél. : 05 22 36 47 51

Dr TYAL Mohamed Hachem  
Psychiatre  
INP : 091137646  
Tél. : +212 522 05 15 11

UT. Av 11 2023  
LOT N°: 1298968  
P.P.V  
23 10

124,90  
|||||

le 10/05/2021 à 8H30