

## 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, parodontologie 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 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-530037

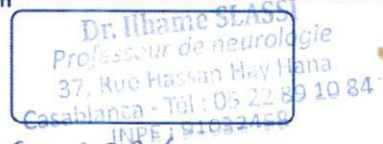
85289

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R. A. M.

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
 Nom & Prénom : Benouda ALLAM JAMAL  
 Date de naissance : 1955/04/25  
 Adresse : Dar Kaouche  
 Tél. : 06 18 38 37 10 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 29/06/2021  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : encephalopathie anoxique  
 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) : 



[illegible][illegible][illegible][illegible]

**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.

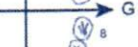
[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



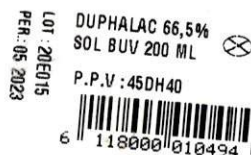


29/06/2021

Casablanca, le .....

**MR BERRADA-ALLAM JAMAL**

- **Athymil 30 mg - comprimé pelliculé**  
1/2 Comprimé, soir, pendant 3 mois
- **Zoloft 50 mg - gélule**  
1 Gélule, matin, pendant 3 mois
- **Alpraz 05 mg - comprimé**  
1/2 Comprimé, soir, pendant 3 mois
- **Duphalac 10 g / 15 ml - solution buvable**  
1 dose, matin, soir, pendant 3 mois
- **Maelys ACE Selenium - capsule molle oblongue**  
2 , matin, pendant 2 mois
- **Aspegic nour 100 mg - poudre en sachet**  
1 dose, midi, après les repas, pendant 3 mois

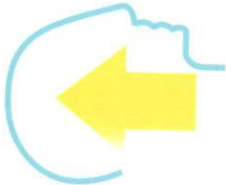


Dr Ilhame SLASSI  
Professeur de neurologie  
37, Rue Hassan Hay Hana  
Casablanca - Tél: 05 22 89 10 84  
INPE : 91032458



زولوفت

50 mg سيريترالين



30 كبسولة

UT . AV : 01, 21, 25

P.P.V

LOT N° : 220704

126 80

126,80

Zoloft 50 mg 

30 GELULES

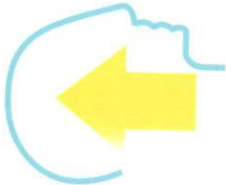


6 118000 250692



زولوفت

سبيرترالين 50 mg



30 كبسولة

UT . AV : 01, 21, 25

P.P.V

LOT N° : 220704

126 80

126,80

Zoloft 50 mg 

30 GELULES



6 118000 250692





Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

0,5 ملغ

28 قرصا قابلا للإنكسار  
عن طريق الفم



البرازولام



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد

البرازولام 0,5 ملغ Alpraz® 0,5 mg  
Alprazolam

28 comprimés sécables

28 قرصا قابلا للإنكسار







Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

0,5 ملغ

28 قرصا قابلا للإنكسار  
عن طريق الفم



البرازولام



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد

البرازولام 0,5 ملغ Alpraz® 0,5 mg  
Alprazolam

28 comprimés sécables

28 قرصا قابلا للإنكسار







Alpraz® 0,5 mg  
28 comprimés sécables

0,5 ملغ

28 قرصا قابلا للإنكسار  
عن طريق الفم



البرازولام



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف	مساء	قبل	بعد

البرازولام 0,5 ملغ Alpraz® 0,5 mg  
Alprazolam

28 comprimés sécables

28 قرصا قابلا للإنكسار





Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ

و أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le 29 JUN 2021

M. Samat Berrada Hlam

Fauteruit roulant avec  
accoudoir amovibles  
repose pied  
pliable

Dr. Ilhame SLASSI  
Professeur de neurologie  
37, Rue Hassan Hay Hana  
Casablanca - tél : 05 22 89 10 84  
INPE : 9104623