

# 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.

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-603556

88222

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7304 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAHIDI ELVAZZANI Abdelmalek

Date de naissance : 06 / 10 / 1963

Adresse :

Tél : 06 60732732 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. TAHIRI JOUTEL HASSANI Mehdi

Date de consultation : 01 OCT 2021

Nom et prénom du malade : ABIN Fatima

Lien de parenté : ☐ lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : psychotique

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 au praticien ou au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 25 Mars 2021

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

OCT, 2021 (NPS Y)

G

INP :

RAIRES

Cachet et signature du Mandataire attestant le Paiement des arriérés
INP : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Psychiatre - Psychologue  
Saxologue - Pédicologue

TAHIRI JOUTEYHA S. EL FIDA  
2 Mars et Bd Casablanca  
N° 10 - Casablanca 97 8  
06 87 40 97 8  
03 - 06 87 82 8

120089

[illegible]

Montant de la Facture

01-10-21

380-40

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

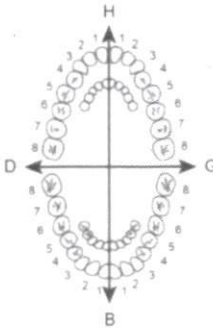
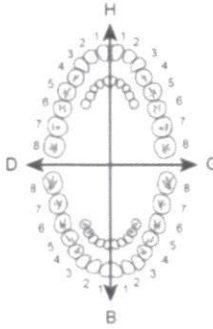
[illegible]Montant  
des Honoraires[illegible]Montant détaillé  
des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS 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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession											
			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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

Coefficient

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

## د. مهدي طاهري جوتي حسني

Psychiatre  
Psychothérapeute  
Sexologue  
Addictologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية  
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكي  
أخصائي في علم الجنس  
أخصائي في علاج الإدمان

Casablanca, le 01/10/2021

Y<sup>me</sup> ABID FATIHA.  
196.80 x 3  
1/ Zoloft 50mg (QSL 3 mois)



38040

01 le matin.

PHARMACIE RIAD EL AZI  
Mme TAZI F  
Angle Av. 2 Mars R 15 Riad Al Ali  
Casablanca Tel: 05 22 28 14 01  
Patente 34560018

traitement de 03 mois  
ven dans 12 semaines

Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Sexologue - Addictologue  
14 - Angle Av. 2 Mars et Bd. El Fida  
15 - La Perla 2ème étage N°10, Casablanca  
05 22 82 82 03 / 06 87 90 87 87

UT . AV : C 1 2 0 2 6

**P.P.V**

126 80

LOT N°: 1301704

UT . AV : 0 1 2 0 2 0

**P.P.V**

1 2 6 8 0

**LOT N°:** 30104

126, 80

UT.AV: 12 24 25

**P.P.V**

1 2 6 8 0

LOT N°: 1299916