

## 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° W21-604384

88435

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7304 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAHIDI ELOUAZZANI Abdelmalek

Date de naissance : 06/10/1963

Adresse :

Tél. : 0663 660060 Total des frais engagés : 603,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 JUL. 2021

Nom et prénom du malade : ABID fatima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : psychiatrie

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° W21-604384

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
01 JUL 2021	CHP		gratuit	INPE: 091210089

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL YAKHIA Benksia El Yakhia 23, Ms. Ar. El Meid. CYM - Rabat Tel: 0537 79 86 71 - INPE: 10201242	01/07/21	603,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DEBUT D'EXECUTION [ ]  FIN D'EXECUTION [ ]														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]  MONTANTS DES SOINS [ ]  DATE DU DEVIS [ ]  DATE DE L'EXECUTION [ ]														
	<table border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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 01/07/2021

M<sup>me</sup> Abid Fatima.

1/ Zoloft 50mg 3B de 60

20/10/23  
= 603,00

02 le matin.

**PHARMACIE L'AVENIR**  
Benkassan Epouse KALI  
Docteur en Pharmacie  
23, M3 Av. El Mejd CYN - Rabat  
Tel : 0537 79 88 71 - 102912424

1 - 603,00

traitement de 3 mois.

RM dans 12 semaines

Dr. TAHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Sexologue - Addictologue  
23, Angle Av. 2 Mars et boulevard El fida, Résidence La Perla, 2<sup>ème</sup> étage, N°10, Casablanca  
Tél : 05.22.82.82.03 / 06.87.90.87.87 dr.mehdi.tahiri@gmail.com



Prochain Rendez-vous  
Date : 23/03/21  
Heure : 15h00

UT . AV : 01 2021 P.P.V  
201 00  
LOT N° : 1301 04  
201,00

UT . AV : 11 2021 P.P.V  
201 00  
LOT N° : 1501 04  
201,00

UT . AV : 11 2021 P.P.V  
201 00  
LOT N° : 1501 04  
201,00



RE: Fwd:



Abdelmalek Chahidi ouazzani <chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com>

jeu. 09/09, 16:36

RFM MUPRAS

Répondre à tous |

Boîte de réception

Ok je vous transmettre autre version

Merci bcp coop

Le 9 sept. 2021 15:05, "RFM MUPRAS" <[rfm@mupras.com](mailto:rfm@mupras.com)> a écrit :

Bonjour,

Votre dossier est illisible, merci de nous envoyer une version lisible.

Cordialement.

---

De : Abdelmalek Chahidi ouazzani <[chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com](mailto:chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com)>

Envoyé : mercredi 8 septembre 2021 18:00:31

À : RFM MUPRAS

Objet : Fwd:

Bonjour

Je vous remercier pour traitement

Mme 7304 FM Numéro W21604384

MSLTS

----- Message transféré -----

De : "Abdelmalek Chahidi ouazzani" <[chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com](mailto:chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com)>

Date : 8 sept. 2021 12:10

Objet :

À : <[chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com](mailto:chahidiouazzaniabdelmalek@gmail.com)>

Cc :

Dossier déjà envoyé par mail à [RFM@mupras.com](mailto:RFM@mupras.com)  
le 08/09/2021