

# 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 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.

117852

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAA

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AZEM MOHAMED

Date de naissance : 1947

Adresse : 164 Rue 18 Jamila 5 CD CASABLANCA

Tél. : 0661627262 Total des frais engagés : 3088.160 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AZEM YAMINA NEE HAMDANI Age: F21

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

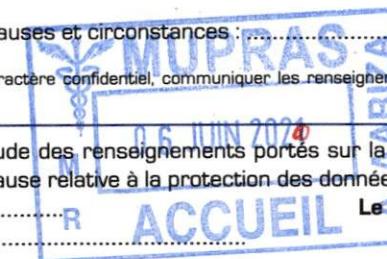
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL Le : / /



### RELEVE 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
2 JUN 2022	AP 3 y		402,00 DA	<i>M. A. TAHRI JOUTE NEURO - PSYCHIATRE 12A / Bd. Bahri El Mekki Tél : 31.98.15/31.87.02 - BSA</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie BENMOUSSA 9, Avenue Driss El Harrach 26, Jamila 3, Cite Djéma Tél : 0522 37 38 07 - CASABLANCA</i>	02/06/22	2588,60 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>Coefficient des travaux</b>
				<b>Montants des soins</b>
				<b>Début d'exécution</b>
				<b>Fin d'exécution</b>
				<b>Coefficient des travaux</b>
				<b>Montants des soins</b>
				<b>Date du devis</b>
				<b>Date de l'exécution</b>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	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**

Docteur A. TAHRI - JOUTEI

LAUREAT DE LA FACULTE DE

MEDECINE  
DE BORDEAUX

## SPECIALISTE

# DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX NEURO-PSYCHIATRE

## ELECTRO - ENCEPHALOGRAPHIE

## SUR RENDEZ-VOUS

ICE : 001626736000019

INP : 091132480

Casablanca, Je

E 2 JUIN 2022

Traitement à suivre régulièrement  
et à renouveler selon les besoins  
pendant une période de 9 mois

2640.00

- Solion 400

—

12

\$28,00 x 5

- Arbene T

1

48.60 ~~Wojinian~~ ~~at~~ 20x3  
M. Cat. Driss E. BENOUMOU  
TEL: 05-34-00-007

13

~~Pharmacie BENMOUSSA~~

DR. A. TAHRI JOUTEI  
NEURO - PSYCHIATRE  
124, Bd. Rahal El Meskini  
- 31.98.15/31.87.02 - CASA

2688.60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 400mg, cp séc B 30  
P.P.V : 528,00 DH

6 118001 081790

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 400mg, cp séc B 30  
P.P.V : 528,00 DH

6 118001 081790

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 400mg, cp séc B 30  
P.P.V : 528,00 DH

6 118001 081790

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 400mg, cp séc B 30  
P.P.V : 528,00 DH

6 118001 081790

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 400mg, cp séc B 30  
P.P.V : 528,00 DH

6 118001 081790

NOZINAN 25 MG  
CP PEL SEC B20 O

P.P.V : 16DH20

6 118000 060475

NOZINAN 25 MG  
CP PEL SEC B20 O

P.P.V : 16DH20

6 118000 060475

NOZINAN 25 MG  
CP PEL SEC B20 O

P.P.V : 16DH20

6 118000 060475



valable 3 mois

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de **DR A. TAHRI JOUTEP** pli confidentiel)

Je soussigné :

**NEURO - PSYCHIATRE**

**124, Bd. Rahel El Meskini**

**CP : 31.90.15/31.87.02 - CASA**

Certifie que Mlle, Mme M. : **AZEM Amna**

Présente

**Affection Neurologique**

Nécessitant un traitement d'une durée de :

**Trois mois.**

Dont ci-joint ordonnance :

**oui**

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca