

## 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.

**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° W19-454666

118764

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6992 Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : JISMANI AHMED			
Date de naissance : 25-01-1959			
Adresse : RES EL FATR			
Tél. : 06 75 59 26 51		Total des frais engagés : 300 + 362,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/02/2012			
Nom et prénom du malade : ATTIAUI BAHITA Age: .....			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 13/06/2012  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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
10.5.88 C.N.P			300,00	INP : 054860 Dr. Hassane HAMMOUD Psychothérapeute Rés. Oasis, Bd Mohamed V Tél. 0523 32 77 22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/05/88	362,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Traitées	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411 G 21433552 00000000 11433553	
	B	MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

**Dr. HAMDANI EL HASSANE**

**PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE**

Diplôme de la Faculté de Médecine de Lyon (FRANCE)

Ancien Assistant en Pédopsychiatrie

(Région Parisienne)

Formation en Sexologie Médicale

Formation en électroencéphalographie (E.E.G)

Formation en Pédopsychiatrie

M. (Mlle.) : A 7 7 1 0 5 1

B A H I J A



184,30

22 15 - c 17 A P

U A C ( X A 2 0,5

2 - 1

0 - 0 - 1

22,00

31 A C 2



0 - 0 - 1

362,60

1 7 3

Dr. El Hassane HAMDANI  
Psychiatre Psychothérapeute  
3, Rés Oasis, Bd Moham... V  
Appt N° 2 - Mohammedia  
Tél / Fax : 0523 32 77 22

PHARMACIE GHORFI  
Dr. HRIOUA LAILA  
116 Bloc (C)  
116 Sidi Bernoussi  
Rue 2 N Qods Al Qods  
Quartier Casablanca

3, إقامة الواحة (أمام مصحة فضالة) شارع محمد الخامس الطابق 1 - الشقة 2 - الهاتف : 05 23 32 77 22  
3, Résidence L'OASIS ( Face Clinique FEDALA), Bd. Mohamied V 1<sup>er</sup> Etage - Appt. N° 2 - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 77 22

**الدكتور حمداني الحسن**

اختصاصي في الطب والعلاج النفسي

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات الطب

النفسي للأطفال في ضواحي باريس

تكوين في الطب الجنسي

تكوين في التخطيط الكهربائي للدماغ

تكوين في الطب النفسي للأطفال

فريضا ملبيسا 30

LOT : KE10094  
PER : AUT 2023  
PPV : 154 DH 30

27,00

فريضا ملبيسا 30

LOT : KE10094  
PER : AUT 2023  
PPV : 154 DH 30

27,00