

## 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

- 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

M22- N° 002906

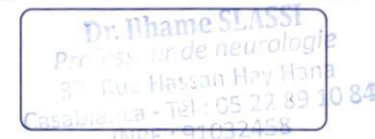
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15.79 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 19.5933  
Nom & Prénom : Berrada ALLAM JAMAL  
Date de naissance : 1955.25.04  
Adresse : Dan Bouazza DPH Kanch  
Tél. : 0664.344093 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/06/2022  
Nom et prénom du malade : Berrada Allam Jamal Age : .....  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : séquelles d'AVC  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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.

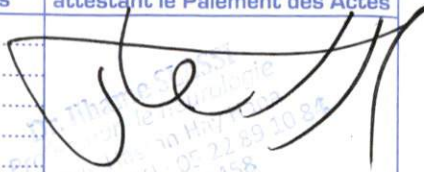
Fait à : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....


Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
21/06/22	C.S.		500dh	
22				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/6/22	1039,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

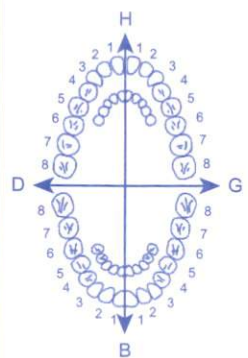
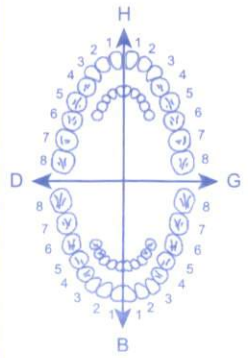
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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
			
			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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G           </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             00000000              35533411              B           </div> <div>             00000000              11433553           </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			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





Casablanca, le 21/06/2022

MR BERRADA-ALLAM JAMAL

$98,30 \times 2 = 196,60$

• **Athymil 30 mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé, soir, pendant 6 mois

2011.00

• **Zoloft 50 mg - gélule**  
1 Gélule, matin, pendant 6 mois

$38,40 \times 4 = 153,60$

• **Alpraz 05 mg - comprimé**  
1/2 Comprimé, soir, pendant 6 mois

• **Stimol 1 g/10 ml - solution buvable**  
1 dose, matin, midi, pendant 6 mois

$234,10 \times 2 = 468,20$

• **Inexium 20 mg - comprimé gastrorésistant**  
2 sachets, soir, pendant 6 mois

12

• **D-cure forte - solution huileuse buvable**  
1 dose, tout les 15 jours, pendant 6 mois

R

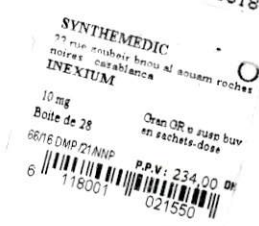
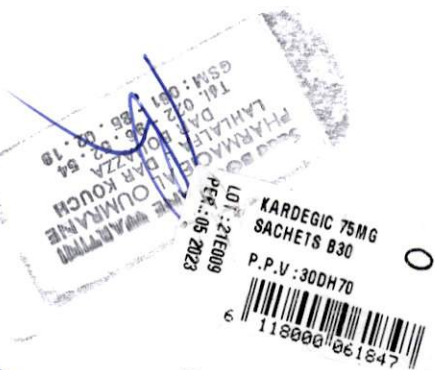
• **Inexium 40 mg - comprimé gastrorésistant**  
1 Comprimé, pendant 6 mois

30.72

• **Kardegic 75 mg - poudre en sachet**  
1 dose, midi, après les repas, pendant 6 mois

1039.10

Dr. Ilhame SLASSI  
Professeur de Neurologie  
37, Rue de Hassane Hay Elhana Casablanca  
Tél : 0522 89 10 84  
INPE : 91052458





# Alpraz<sup>®</sup>

## Alprazolam

# 0,5 mg

28 Comprimés sécables  
Voie orale



35,70

35.70

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS





# Alpraz<sup>®</sup>

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables  
Voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

35,70

35,70





# Alpraz<sup>®</sup>

## Alprazolam

# 0,5 mg

28 Comprimés sécables  
Voie orale



35,70

35,70

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS





# Alprazolam<sup>®</sup>

## Alprazolam

# 0,5 mg

28 Comprimés sécables  
Voie orale



35,70

35,70

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS





UT . AV :

LOT N° :

P.P.V

201,90

زولوفت



سيرترالين 50 mg



60 كبسولة

**Zoloft** 50 mg ~~xx~~  
60 GELULES



6 118000 250708



# ATHYMIL<sup>®</sup> 30 mg

Chlorhydrate de miansérine

20 Comprimés pelliculés sécables  
Voie Orale

AMM N° 569R<sub>1</sub>/18 DMP/21/NRQ

A conserver à une température ne  
dépassant pas 25 °C  
Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants.

98,30



# ATHYMIL<sup>®</sup> 30 mg

Chlorhydrate de miansérine

20 Comprimés pelliculés sécables  
Voie Orale

AMM N° 569R<sub>1</sub>/18 DMP/21/NRQ

A conserver à une température ne  
dépassant pas 25 °C  
Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants.

98,30