

## 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie

N° W21-713194

128638



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :	5118	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENABDELKrim El FILALI	
Date de naissance :		15/6/1960	
Adresse :		YOUSSEF M APT 19-Jaune California	
Tél. :		066965 0503	Total des frais engagés : 1682,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	14/10/2012
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	psychologie
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 : \_\_\_\_\_

### 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
14/02/22	CS		1500 DH	INP : 09/26/033 Dr. KHALAUI MOHAMMED Médecin Psychiatre Psychotraumatologie-Addictologie Tel: 22-81-14-17/06-97-97-97-61

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAK 16-18 Rue 3 Addia, Al Jadida UnCheck-Casa-022-5075.19	14/02/22	1682.80

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

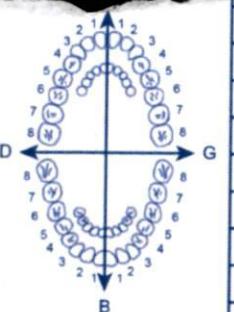
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

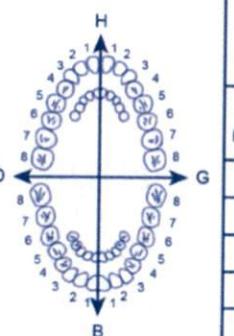
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAHLAOUI Mohammed

Médecin psychiatre de l'Adulte,  
de l'adolescent et du sujet âgé

Spécialiste en Addictologie

Psychothérapeute

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie interpersonnelle

Psychologie positive



د. محمد كحلاوي

طبيب اخصائي في الأمراض  
النفسية والعصبية

اختصاصي في طب الإدمان

معالج نفسي

العلاج السلوكي المعرفي

العلاج البين شخصي

علم النفس

## ORDONNANCE

- M<sup>r</sup> Walid Benabdellah Casablanca le 14/07/2022  
filali.

① Fluoxet 20mg ~~180,00~~  
02 - 06 100

② Lamictal 25mg ou 150mg 25mg  
03 - 06 - 00 - 00 ~~133,80~~  
X4 68,00

et de 3 mg

Dr. KAHLAOUI MOHAMMED  
Médecin Psychiatre-Addictologue  
Psychotherapeute

PHAR  
16-18 Rue 14  
Addiak Al Jadida  
15-18 Rue 3 Addiak Al Jadida  
MuChock-Casa-052-50.75.19

1682,80

PHARMACIE ADDIAR  
15-18 Rue 3 Addiak Al Jadida  
MuChock-Casa-052-50.75.19

293، شارع عبد المؤمن عمارة مرجانة الطابق 3 رقم 1 - الدار البيضاء

293, Bd Abdelloumen, Imm. Morjana 3<sup>ème</sup> Etage N°1 - Casablanca

05 22 86 14 17 - 06 97 97 61 - 06 60 89 16 89 [kahlaoui.med5@gmail.com](mailto:kahlaoui.med5@gmail.com)

LOT: PA10376  
PER: 03-2023  
PPV: 68,00DH

اتبع ارشادات الطبيب والصيادلي

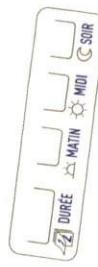
COOPER  
PHARMA

30x 5

Comprimés

25 mg  
Voie orale

SYNNAX®  
Lamotrigine



LOT: 21314  
EXP: 12/2024  
PPV: 180,00

LOT: 21314  
EXP: 12/2024  
PPV: 180,00

LOT: PA10381  
PER: 03-2023  
PPV: 68,00DH

LOT: 21314  
EXP: 12/2024  
PPV: 180,00

LOT: 21314  
EXP: 12/2024  
PPV: 180,00

LOT: PA10385  
PER: 03-2023  
PPV: 133,70DH

21314  
12 2024  
180,00

LOT: 221501  
EXP: 06/2025  
PPV: 180,00

