

## 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

N° P19- 050875

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2886

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AIT CHETOU LAHCEN

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : N° 21 Rue 106 Bd Oued Sabon oulfa

CASA

Tél. 06 58 21 49 08

Total des frais engagés : 1710,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur ALI RIMANI**  
Psychiatre  
Rés Normandie 2 Ang Bd Sijelmassi et  
Av de Nice 5 - Etage N°9 Bourgogne  
Casablanca - Tél : 05 22 22 57 40

Date de consultation : 13/12/2022

Nom et prénom du malade : Aitcheou Lahcen

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Depression

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 : CASABLANCA

Le : 14/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*



### 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
13/12/22	(		350,00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/12/2022

1492,60

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

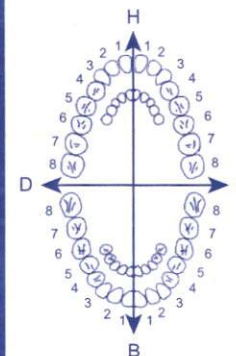
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

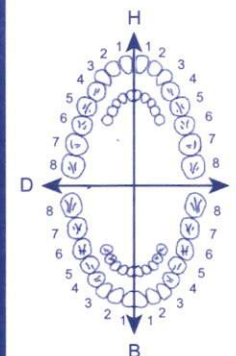
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(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 ALI RIMANI

Psychiatre

الدكتور علي رمانى

طبيب أخصائي في الأمراض

النفسية والعقلية

Pharmacie TAM  
Dr. Bannani Jaafar  
302 Bd. Oued Sebou  
NCA  
Tél: 05 22 22 18 99

وصفة  
Ordonnance

13.12.2022

Act cheton

132,00 x 3

Panxétine 100



98 30 x 2

Allyl 300



150,00 x 6

Synacthène 1.4



T14926

3 mois

Docteur ALI RIMANI  
Psychiatre  
Rés Normandie 2, Ang Bd Sijelmassi  
et Av de Nice 5ème étage N°9 Bourgogne  
Casablanca Tél: 05 22 22 57 40

RDV : 3 mois الموعد

Résidence Normandie 2, Angle Bd. Sijelmassi et Av. de Nice, 5ème étage N°9 Bourgogne - Casablanca

Tél.: 05 22 22 57 40 - GSM : 06 74 79 89 57

LOT: PA10413  
PER: 04-2023  
PPV: 150,00DH

LOT: PA10413  
PER: 04-2023  
PPV: 150,00DH

DT : 220769  
XP : 05/2024  
PV : 150,00DH

LOT: PA10413  
PER: 04-2023  
PPV: 150,00DH

LOT 220755  
EXP 06/2025  
PPV 98.30DH

LOT: PA10413  
PER: 04-2023  
PPV: 150,00DH

LOT: PA10413  
PER: 04-2023  
PPV: 150,00DH

98,30

LOT: 22E002  
PER: 12/2024  
PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
5 118000 062301

LOT: 22E002  
PER: 12/2024  
PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
5 118000 062301

LOT: 22E003  
PER: 02/2025  
PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
5 118000 062301

$$\begin{array}{r|l} 150,00 \\ \times 6 \\ \hline 900,00 \end{array} \quad \begin{array}{r|l} 132,00 \\ \times 3 \\ \hline 396,00 \end{array} \quad \begin{array}{r|l} 98,30 \\ \times 2 \\ \hline 196,60 \end{array} \quad \begin{array}{r} 900,00 \\ + 396,00 \\ + 196,60 \\ \hline 1492,60 \end{array}$$

Pharmacie TAM  
Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99