

# 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.
- Le 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)

144290

## Déclaration de Maladie : N° P19-0019801

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26.11

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

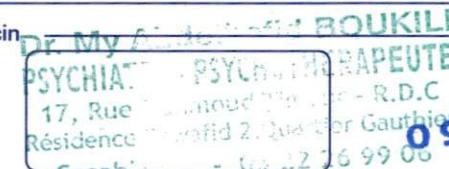
Nom & Prénom : BEKKALI Ahmed Date de naissance : 1/6/58

Adresse : 3, Rue Hafid Iblalim gauthier CASA

Tél. : 06.11.42.78.32 Total des frais engagés : 400 + 172,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



**091037721**

Date de consultation : 05 JAN. 2023

Nom et prénom du malade : BEKKALI Ahmed Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Transte dépressif

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 : CASA

Le : 06/01/2023

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
05 JAN 2003	CR&H		400,00	0311 05 22 26 59 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2023	092051044 HT 2140

## **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
		A M	P C	I M	I V	

#### **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
D	G
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### (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

**Psychiatrie - Psychothérapie**

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de Paris  
Certificat d'Etudes Spéciales  
Paris VI 1982

**طبيب ومعالج نفسي**

طبيب سابق في المستشفيات المختصة بباريس  
حاصل على شهادة الاختصاص بكلية باريس VI 1982

Casablanca, le ..... 05 JAN. 2023 ..... الدار البيضاء، في

M. BEKKALI Ahmed

130,20

- TREZEN 20 mg

N.S

1 capsule le matin

(85,10x2) =

- SOLIAN 50 mg.

N.S

1 capsule le matin

(34,70x8) =

- ZEDAN 6

N.S

1/4 de capsule le matin

(51,30)

- Ludionil 25 mg

N.S

1/2 capsule le matin

130,20 x 2 = 260,40

- 2 capsules le matin

N.S

X 2 mois

1 Boîte  
12/10/20  
05/01/23

1 Jan/2  
05/01/23  
05/01/23  
12/01/23  
2 Boîtes

PPV 130 DH 20  
PER 05/24  
LOT L1920-7

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg, cp B 30  
P.P.V : 85,10 DH

5 118000 061458

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg, cp B 30  
P.P.V : 85,10 DH

6 118000 061458

PPV: 34DH70  
PER: 10/25  
LOT: L3492

PPV: 34DH70  
PER: 10/25  
LOT: L3492

LOT: 0096  
EXP: MAR 2027  
PPV: 51,30 DH

LOT: 0097  
EXP: AVR 2027  
PPV: 51,30 DH

Dr. MY Abdelhafid BOUKILI  
PSYCHIATRE - PSYCHOTHERAPEUTE  
17, Rue Mahmoud Timour - R.D.C  
Résidence Rawafid 2, Quartier Gauthier  
Casablanca - 05 22 26 99 06