

# 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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009169

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3565 Société : Ram  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 145984  
 Nom & Prénom : DADISSI Sidi Mohammed  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0667123422 Total des frais engagés : 1221,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 الدكتور فؤاد اليوبي  
 أمراض الرأس والأعصاب  
 Dr. Fouad LYOUBI  
 Maladies Système Nerveux  
 196, Av. Mohammed Sultan - CASA  
 Tél : 0522.26.18.00/01  
 Date de consultation : 05/06/23  
 Nom et prénom du malade : DADISSI SOUFIANE Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : NPX (Psychose infantile)  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Auto-accident  
 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

## 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



# 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
05.11.23	café	1	450,-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/23	771,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

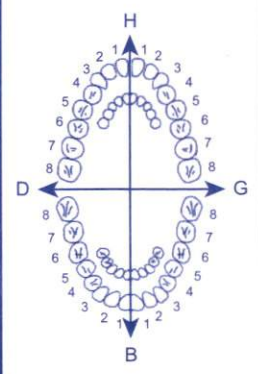
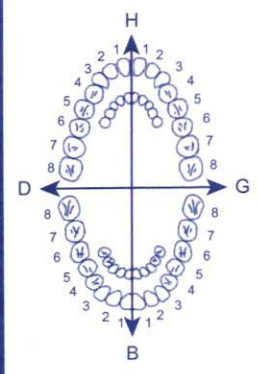
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 21433552</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 21433552	00000000 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 21433552	00000000 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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

## Docteur Fouad LYOUBI

Spécialiste Diplômé de la  
Faculté de Médecine de Marseille - France

**MALADIES DU SYSTEME NERVEUX**  
C.E.S. Psychiatre Adultes & Enfants

C.E.S. Médecine Légale et Expertises Médicales  
Diplômé en Electro-encéphalographie Clinique

**RDV / SMS : 06 20 24 60 27**



الدكتور فؤاد اليعوبي

طبيب إختصاصي حائز على دبلوم أمراض  
الرأس و الأعصاب من كلية الطب بمرسيليا - فرنسا

طبيب نفساني و شرعي

فحص الدماغ بالتخطيط الإلكتروني

Casablanca, le : .....

DADISSI Soufiane

5.1.23

وصفة لمدة 4 أشهر

**BOIRE 1 LITRE EAU / J LA JOURNEE**

1/ Prisdal 2 mg cp  
1 cp au coucher

2/ Alpraz 0.5 mg cp  
1 cp au coucher



**PHARMACIE AHMED ALI**  
SARLAU  
DR. AHMED JOUADI  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 97 32 16  
GSM : 06 61 60 54 68

196, شارع مرس السلطان - إقامة الخنساء - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 18 00 / 01

196, Av. Mers Sultan - Résidence Khansaa - Casablanca - Tél.: 05 22 26 18 00 / 01

LOT 223366 1  
EXP 10 2025  
PPV 35.70

LOT 223366 1  
EXP 10 2025  
PPV 35.70

LOT 223366 1  
EXP 10 2025  
PPV 35.70

LOT 223366 1  
EXP 10 2025  
PPV 35.70

LOT 223366 1  
EXP 10 2025  
PPV 35.70

LOT 223366 1  
EXP 10 2025  
PPV 35.70