

## 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- 0011354

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08327 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL KHEL FOUAD  
Date de naissance : 20/11/1962  
Adresse : RES SIESTA BEACH RESORT GH16 N°13 MOHAMMEDIA  
Tél. : 066139725 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/01/2023  
Nom et prénom du malade : MOHAMMED EL KHEL Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : tb chronique  
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 : MOHAMMEDIA 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
23/10/23		3	200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/23	1004,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

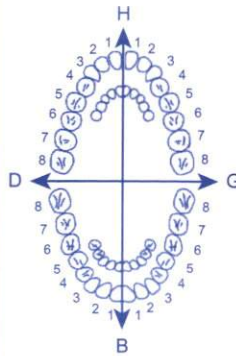
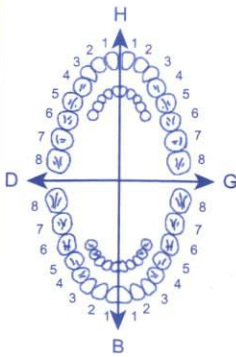
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. Maha ELKADIRI**

**Psychiatre – psychothérapeute**

Spécialiste en :

Psychiatrie de l'adulte

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Addictologie

Thérapie cognitivo-comportementale



**الدكتورة مها القادري**

**طبيبة نفسانية**

إختصاصية في:

الطب النفسي للكبار

الطب النفسي للأطفال و المراهقين

معالجة الإدمان

العلاج السلوكي المعرفي

Mohammedia le .....

23/11/2023

Mouna BIT Keltoum.

83,70 x 12

10 Dera et 2 mg

Pharmacie Pont Blondin

N°: 12546  
Le: 23/11/23

1004,40

**Dr. Maha ELKADIRI**  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Rés. Rawiya, Imm. A, 3ème Etg. Appt. 15  
Abderrahmane Serghini - Mohammedia  
Tél: 05 23 30 21 20

03 mg

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
6 118001 140237

Résidence Rawiya, Immeuble 3ème étage  
Appt 15, Bd Abderrahmane Serghini  
Mohammedia

إقامة راوية، عمارة (أ) الطابق 3  
الشقة 15، شارع عبد الرحمان السرجيني  
المحمدية

Tél: 05 23 30 21 20 - Email: dr.elkadirimaha@gmail.com



GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 650580  
118001 140237