

## 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- 0007032

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2264 Société : R.A.M. 158293  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Moudir A. Drissi  
Date de naissance : 02/02/1952  
Adresse : Hay Gorbouta  
Rue N° 26 AN Chok OAS  
Tél. 06 65 78 38 98 Total des frais engagés : 902,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENBRAHIM Brahim  
NEURO-PSYCHIATRE  
11, Bd. Zerkouni - Rés. Tarfaya  
Casablanca- Tél.: 0522 22 16 81

Date de consultation : 20 / 07 / 23  
Nom et prénom du malade : MRAH FOUA Age : 1865  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : aff. Neurologique  
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 : 20 / 07 / 23  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



[illegible]

Cachet et signature du Médecin  
attestant le Paiement des Actes  
**DR. BENDRAHIM BACHIR**  
**NEURO-PHYSIOLOGUE**  
11, Bd. Zerktouni - Rési. Tarfaya  
Casablanca. Tél.: 0522 77 16 81

[illegible]

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

### Montant de la Facture

2572/23

502, 70

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

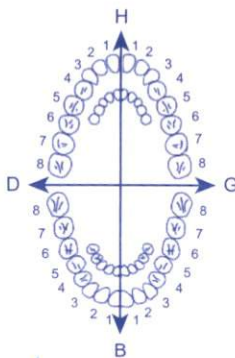
Montant détaillé  
des Honoraires

## 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									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>   <input style="width: 90%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
H												
25533412 00000000	21433552 00000000											
00000000 35533411	00000000 11433553											
B												
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT 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

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENBRAHIM Brahim

NEURO - PSYCHIATRE

11, Bd.Zerkouni "Résidence Tarfaya"

4ème Etage , App 12 - Casablanca

Tél : 05 22 22 16 81

Fax : 05 22 26 53 47



Casablanca, le 20/02/23.

TRAITEMENT Tarfaya



39, to

- Laroxyl 500



28, 25, 20

- Sulpidal 50



29, 10

- Teinte 2, 15



13d, road

Paroxetine win

1/2 at

50d, 10

Tarif 03

Traitement continu jusqu'au prochain Rendez-vous le 25/04/23

PPV	28, 20
LOT	
PER	

النفسية

PPV	28, 20
LOT	
PER	

البيضاء

PPV	39DH80
PER	12/25
LOT	L408

PPV	28, 20
LOT	
PER	

PPV	28, 20
LOT	
PER	

PPV	28, 20
LOT	
PER	

PPV	28, 20
LOT	
PER	

PAROXETINE WIN  
CP PELL SEC 830  
P.P.V : 132DH00  
LOT : 22E007  
PER : 06 2025



BENBRAHIM  
NEURO-PSYCHIATRE  
30, Zerkouni  
Casablanca

TESTA 2,5MG  
CP SEC 830  
P.P.V : 29DH50  
LOT : 22E003  
PER : 09 2024

