

# 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 ALC :

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



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0003391

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule: 20488

Société:

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom:

EL ARLoumi malika MUG Sakine

ASSA

Date de naissance: 01-01-1943

Adresse: DREAM - w.Hôte Diar Alawre II GH - 04

13 APPT 05 RAHMA 01 Diar Bouazza CASA

Tél.: 0668703033 Total des frais engagés: 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

DOCTEUR TILANE AMINA  
Medecin Psychiatre  
LOT FERDOUS GH 7 BAT 04  
RDC APPT N°1 - HAY HASANI  
CASABLANCA - TEL 05 22 90 03 52

Date de consultation:

07 Aout 2023

Nom et prénom du malade:

EL ARLoumi malika

28 AOUT 2023

Lien de parenté:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie:

12

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: .....

Le: .....

Signature de l'adhérent(e): .....

## Adresses Mails utiles

- Reclamation: 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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES,

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 	07/08/23	143,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE 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
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amina TILANE.

MÉDECIN SPECIALISTE  
PSYCHIATRE  
PSYCHOTHERAPEUTE

Ex. Médecin Chef de l'Unité de Psychiatrie  
Délégation Médicale Hay Hassani



الدكتورة تلان أمينة

طبيبة نفسانية اختصاصية  
في الأمراض النفسية والعقلية  
والأمراض العصبية وأمراض الرأس  
طبيبة رئيسية سابقا بوحدة  
الحي الحسني

07 Aout 2023

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

My well : EL ARROUJI HAZIMA.

1) Amelie et sa fille  
RH.60 X3 5 getti a' moli.  
2) Toumajli 25 Date: 05/08/23  
N° d'ordre: 623  
3) Toumajli et son mari  
Date: 05/08/23  
N° d'ordre: 623  
4) Elouadi et son fils  
Date: 05/08/23  
N° d'ordre: 623

DOCTEUR TILANE AMINA  
Medecin Psychiatre  
LOT FERDOUS GH.7 BAT 64  
RDC APPT N°1 - HAY HASSANI  
CASABLANCA - TEL: 05 22 90 03 52

إقامة الفردوس - المجموعة السكنية 7 العماره 64 - الشقه 1 - الطابق السفلي الحي الحسني - الدار البيضاء - (قى مركز الشرطة الفردوس)  
Lot. Ferdaous, Gh.7, Bat 64 RDC - Appt N°1 - Hay Hassani - Casablanca - (Près de Commissariat de Police Al Ferdaous)

الهاتف : 05 22 90 03 52

Lot: AC04230  
Per: 03/2026  
PPV: 22DH60

Lot: AC04230  
Per: 03/2026  
PPV: 22DH60

Lot: TJ1159A  
Per: 10/2025  
PPV: 22DH60

AMM N° / MA N° : 459/16 DMP/21/NNP  
Lot N° / B N° : 29395H11  
Fab / Mfg : 07 2022  
Per / Exp : 07 2024  
PPV: 76.00 DHS

12

12