

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0042574

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5045 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : SALAM LAHOEN
Date de naissance : 26/02/61
Adresse :
Tél : 0722061044 Total des frais engagés : 7937,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HECHADI Mohammed
Neuro-psychiatre - Psychothérapeute
26. Rue Okba Pnou Nafii 1er Etage
Centre Ville BERRECHID
Tél: 0522 32 6 41 0682 26 62 20

Date de consultation : 27/12/2023
Nom et prénom du malade : SALAM YOUSSEF Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection psychique
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 : BERRECHID Le : 18/01/24
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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° : 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

27/12/23
 300
 Dr. HECHADI Mohammed
 Neuro-psychiatre - Psychothérapeute
 26, Rue Okba Brou Nali 1er Etage
 Centre Ville BERRECHID
 CA 44 / 0682 26 62 20
 Tél. 0522

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/12/23

637.80

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

AM

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 :

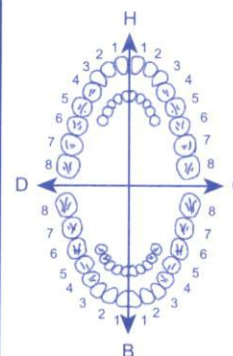
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

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

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

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Docteur HECHADI Mohammed

Neuropsychiatre - psychothérapeute
Ex. Medecin chef de l'hôpital neuropsychiatrique
de Berrechid



الدكتور حشادي محمد

طبيب اختصاصي في الأمراض العصبية النفسية والعقلية
الطبيب الرئيسي بمستشفى الأمراض العقلية والنفسية
برشيد سابقا

Berrechid le : 27/12/2023 : برشيد في :



061176855

SALAN
YOUSSEF

180100 x 3

Fluoxetine

Prisdalino

32.60 x 3

Pharmacie Parina Santé
Dr. ABRAACHID Bnou Nafii
Angle Rue Okba - BERRECHID
Tél: 0522 32 77 77

4443 x 2
08/11/24

4314 x 1
27/12/23

4315 x 1
27/12/23

4444 x 2
08/11/24

637.80

Dr. HECHADI Mohammed
Neuro-psychiatre - Psychothérapeute
26, Rue Okba Bnou Nafii 1er Etage
Centre Ville BERRECHID
Tél.: 0522 32 64 44 / 0682 26 62 26

R.v. 21/03/2024.

PRISDAL® 0,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118001 250981

LOT 0204345

EXP 06/25

PPV 32DH60

és pelliculés

PRISDAL® 0,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118001 250981

LOT 0204345

EXP 08/25

PPV 32DH60

és pelliculés

PRISDAL® 0,5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118001 250981

LOT 0204345

EXP 08/25

PPV 32DH60

Fluoxet® 20 mg

30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 021681

Fluoxet® 20 mg

30 gélules

Remboursable AMO



6 118000 021681

LOT

232525 1

EXP

10/2026

PPV

180.00

LOT

232001 1

EXP

06/2026

PPV

180.00

LOT

232528 1

EXP

09/2026

PPV

180.00