

# 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.

## 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.

**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](http://www.mupras.com)

## Maladie

Matricule : 3565 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : D. A. B. I. S. I. ridi Molawee

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0667 1234 22 Total des frais engagés : 1157,11 Dhs

## Maladie

Cachet du médecin :

الدكتور فؤاد اليoubi  
أمراض الرأس والاعصاب  
Dr. Fouad LYOUBI  
Maladies Système Nerveux  
196, Av. Mers Sultan - CASA  
Tél : 05 22.26.18.00/01

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : D. A. B. I. S. I. Soufiane Age : 36

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : NPSY, PSYCHOSÉ, INFARCTUS, STABILISÉ

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : Stabilisé

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 : DR Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
30 JAN 2024	CNP81	et	150,-	 Dr. Fouad Matladi 156 Av. Nersisyan Tel: 0521 202 000

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMED AIT SIDI MAMOUN SARL AU TOUZAÏD GOM USEP 10110 Casablanca	30/01/2021	707,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'D' at the bottom represents the sagittal plane. A horizontal line labeled 'G' on the right represents the midsagittal plane. The teeth are arranged in a standard dental layout, with the upper arch showing a mesial curve of Spee and the lower arch showing a distal curve of Spee.

#### **[Création, remont, adjonction]**

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 قواد اليوبي

طبيب إختصاصي حائز على دبلوم أمراض  
الرأس والأعصاب من كلية الطب بمارسيليا - فرنسا

طبيب نفساني وشريعي

فحص الدماغ بالتحفيظ الإلكتروني

DADISSI SOUFIANE

30.1.24

BOIRE 1 LITRE EAU / J LA JOURNÉE

1/ PRISDAL 2 MG CP

1 cp SOIR X 4 MOIS

(33,40 x 4)

2/ ALPRAZ 0.5 MG CP

1 CP AU COUCHER X 4 MOIS

وصفة لمدة 4 أشهر

الموعد المقبل يوم 30/01/2024 الساعة 12:00 و.... د. ان شاء الله

$\Delta = 707,40$



LOT 232918 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

LOT 232918 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

LOT 232918 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

LOT 232918 1  
EXP 09 2026  
PPV 33.40 DH

**SDAL®**

LOT 0304028  
EXP 07/26  
PPV 138DH60

primés pelliculés

**SDAL®**

LOT 0304028  
EXP 07/26  
PPV 138DH60

primés pelliculés

**PRISDAL ISDAL®**

Rispéridone

2 mg

LOT 0204352

EXP 08/25

PPV 148DH30

LOT 0304565

EXP 08/26

PPV 148DH30

30 comprimés pelliculés

primés pelliculés