

## 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'Horlogerie  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-460212

84739

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BALMANE Mohamed

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : Cité Djénaba Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél. : 0661789212 Total des frais engagés : 1420,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HERRADI El Bachir  
Psychiatre-Psychothérapeute  
16, Rue Abdelkader Moutakkar  
(Par Rue Prince My. Abdellah)  
Tél. 26 14 93 1  
CASABLANCA

Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : Mme BALMANE Halima Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dépression chronique

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 : 14/07/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 12/07/24        | C3                |                       | 400,00                          | INP : 091075151                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

DR. HERRADI EL BACHIR  
Psychiatre - Psychothérapeute  
16, Rue Abdelhak Moullakal  
16000 CASABLANCA  
Tél : 31 47 43 91

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|----------|-----------------------|
|                                        | 12/07/24 | 1020,00               |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |
|                                        |          |                       |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

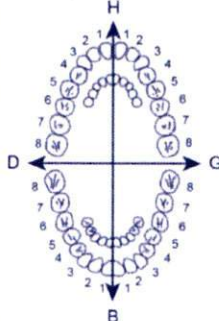
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 :

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

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|
|  |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                     |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                                                                                     |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                                                                                     |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |
|                                                                                     |                |                  |             |                                              |

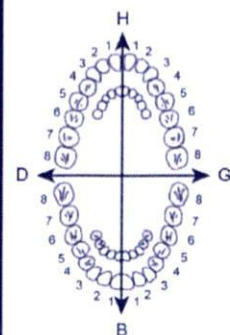
### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### 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 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 HERRADI El Bachir

Psychiatre - Psychothérapeute

Spécialiste diplômé d'Etat de  
l'Université d'Amiens (France)

Ex-Praticien hospitalier en France

16, Rue Abdelkader Moutakar, Angle Bd de Paris - Rue Tata  
(Près café la comédie) - Casablanca

Tél/Fixe : 05 22 26 44 33

# الدكتور هرادي البشير

طبيب نفسي

اختصاصي في الأمراض النفسية العصبية والعقلية

خريج كلية الطب بأميان (فرنسا)

طبيب سابقا بفرنسا

16, زقة عبد القادر مفتقر, زاوية شارع باريس وزقة طاطا

(قرب مقهى لاكميدي) - الدار البيضاء

هاتف الثابت: 05 22 26 44 33

Casablanca, le

12/07/2021

الدار البيضاء, في

LOT: PA00571  
PER: 06-2022  
PPV: 133,70DH

LOT: PA00571  
PER: 06-2022  
PPV: 133,70DH

M<sup>me</sup> BALMANE Habiba

(47,90 x 6)

- Anafranil 25mg = 146 mg  
= 146 mg

(133,70 x 2) + (68,00 x 2)

- SYNTAX 25mg = 116 mg

(23,10 x 2)

- Ly 5 aux 10 = 23,10 mg

(56,60 x 5) = 283 mg

- 56,60 mg = 283 mg

LOT: PA00575  
PER: 06-2022  
PPV: 68,00DH

UT. AV:

LOT N°:

23,10

P.P.V

23,10

LOT: PA00576  
PER: 06-2022  
PPV: 68,00DH

UT. AV:

LOT N°:

23,10

P.P.V

23,10

Dr. HERRADI El Bachir  
Psychiatre - Psychothérapeute  
16, Rue Abdelkader Moutakar  
(Par Rue Prince My Abdellah)  
Tél. 26-44-33  
CASABLANCA

1020,00

LOT: 21E001  
PER: 03 2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



118000 061465

LOT: 20E008  
PER: 07 2024  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



118000 061465

LOT: 21E001  
PER: 03 2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



118000 061465

LOT: 21E001  
PER: 03 2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



118000 061465

LOT: 21E001  
PER: 03 2025  
STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V: 56DH60



118000 061465

LOT: M20186  
EXP: OCT 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20186  
EXP: OCT 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20186  
EXP: OCT 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20186  
EXP: OCT 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20194  
EXP: OCT 2023  
PPV: 47,90 DH

LOT: M20142  
EXP: AOU 2023  
PPV: 47,90 DH