

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0019817

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1417

Société :

**MUPRAS**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

WASMIH Med

Date de naissance :

01/01/2019

Adresse :

33 Rue 131 HAY EL FA COURCEL

Tél. :

0677066053

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abdellah MANOU  
Neuro - psychiatre  
38 Bd. Rachid - Casablanca  
tél: 05 22 47 60 00 / 10

Date de consultation :

03/03/2019

Age :

Nom et prénom du malade :

WASMIH Tahar

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

synthèse myopatique

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 : 03/03/2019

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

## Déclaration de maladie N° P19- 0019817

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

1417

Nom de l'adhérent(e) :

WASMIH

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## RELEVE 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        |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31/09/19        | C3N/B             |                       | 401                             | Handwritten signature over a blue stamp reading "TARIF DENTAIRE 2019" |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DE LA MIGAYA<br>ZEKRI/Abdelati<br>DOCTEUR en Pharmacie<br>222, Bd. Oued Mouya - El Oued<br>Casablanca - Tel: 05 22 90 51 12 | 03/09/2019 | 166,50                |

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|------------------------|
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |
|                 |                |                  |             |                        |

  

| DENTAL TREATMENT DIAGRAM   |          |          |   |          |            |   |          |          |   |
|--|----------|----------|---|----------|------------|---|----------|----------|---|
| Upper Arch   |          |          |   |          | Lower Arch |   |          |          |   |
| H  | 1        | 2        | 3 | 4        | 5          | 6 | 7        | 8        | B |
| D  | 8        | 7        | 6 | 5        | 4          | 3 | 2        | 1        | G |
|  |          |          |   |          |            |   |          |          |   |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  |          |          |   |          |            |   |          |          |   |
| DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |          |          |   |          |            |   |          |          |   |
| H  | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000   | B | 00000000 | 00000000 | G |
|  | 35533411 | 11433553 |   |          |            |   |          |          |   |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |          |          |   |          |            |   |          |          |   |
| CŒFFICIENT 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

# الدكتور عبد الله مامو

## Docteur Abdellah MAMOU

NEURO - PSYCHIATRE  
 D.U. D'Angers  
 en expertise médicale  
 Ex. attaché des Hôpitaux de Paris  
 Médecin Expert auprès des Tribunaux



EXPERTISE PSYCHIATRIQUE  
 اختصاصي في علم النفس  
 Docteur Abdellah MAMOU  
 Bd. Rachidi, Casablanca 10000  
 Tel: 0522 47 60 00 / 10  
 Fax: 0522 47 60 10  
 ملحق سابق بمستشفى الحرمة  
 طبيب محلف لدى المحاكم

Casablanca, le ٣٠٩١٩ الدار البيضاء في

T'WASNIH - a-hem



N° 11346

39,80 - Loxaple forte

Laroxyl®  
 Amitriptyline

PPV: 39DH80  
 PER: 05/22  
 LOT: 1467

2. S.V. 1/2

35,70

35,40 - Piproz 0.5

|     |         |   |
|-----|---------|---|
| LOT | 191134  | 1 |
| EXP | 05 2022 |   |
| PPV | 35.70   |   |

1/2 cp le mat

|               |
|---------------|
| LOT: KE90014  |
| PER: DEC 2020 |
| PPV: 91 DH 00 |

1/2 cp le mat

8.00 - S. C. I. R

1/2 cp le mat

3 mois - Dr. Abdellah MAMOU

Neuro-psychiatre  
 Casablanca

33 Bd. Rachidi Casablanca  
 Tel: 0522 47 60 00 / 10

Durée de Traitement

R.D.V. le