

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse 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- 065093  
counin

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5459 Société : RAM 25037

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHOUI DRISS

Date de naissance : 21/08/1958

Adresse : LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH

Tél. : 0619832107 Total des frais engagés : 1269 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 62 ANS

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : MARRAKECH

Le : 11/03/2020


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
3/3/2020	C	01	300,00	Dr. TALHAOUI Saeyd PSYCHIATRE / Psychologue Res. Al Mouhandiz Immi. D. 2 étage Av. Abdelkrim El Khattabi Guiriz Marrakech Tel: 06 61 53 29 46 - 05 24 43 48 35 INSEE: 151005261

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/3/20	969,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

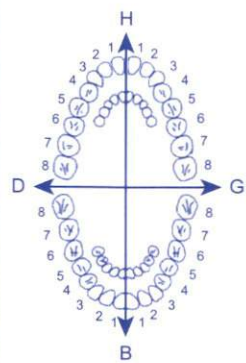
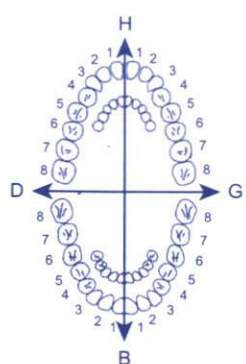
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Marrakech le 03/03/2020

M<sup>re</sup> Naïma Chahoui

CA 07-2

DC AC 22/1/20

9400x2

① Valerian 375 : 1-1-0 (SW)

9830x3  
② Atypol 30mg : 0-0-2 (SW)

2980x2  
③ Zener 2r : 1/2-1-4 1/2 (SW)

0 Quetiapin LP 300 : 0-0-1 (SW)

25910x3  
④ Zener 2r : 0-0-1 (SW)

450x2  
⑤ Zener 2r : 0-0-1 (SW)

1620x3  
⑥ Zener 2r : 0-0-2 (SW)

960x3  
⑦ Zener 2r : 0-0-2 (SW)

Dr. TALHAOUI Saeyd  
PSYCHIATRE / Psychothérapeute  
Res. Al Mouhandiz Imm. D. 2 étage N° 5  
Av. Abdelkarim EL KHATTABI Gueliz Marrakech  
Tél: 06 61 53 29 46 - 05 24 43 48 35



LOT N°: 1907454  
EXP: 07/2022  
PPV: 94DH00

LOT N°: 1907454  
EXP: 07/2022  
PPV: 94DH00

R.D.V

02 AVR 2020

98,30

98,30

98,30

PPV:

LOT:

PER:

PPV:

LOT:

PER:

LOT: 9MA008  
CP PEL SEC B20  
PER: 04 2024

P.P.V.: 16DH20



6 118000 060475

P.P.V.: 16DH20

LOT: 9MA008  
CP PEL SEC B20  
PER: 04 2024



0

LOT: 19E001  
CP PEL SEC B20  
PER: 06 2024

P.P.V.: 16DH20



6 118000 060475

LOT: 19E002  
CP SEC B30  
PER: 08 2021

P.P.V.: 29DH50



6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30

LOT: 19E002  
CP SEC B30  
PER: 08 2021

P.P.V.: 29DH50



6 118000 011576

LOT: 19E002  
CP SEC B30  
PER: 08 2021

P.P.V.: 29DH50



6 118000 011576

LOT: EQB29049  
PER: AVR 2021  
PPV: 259 DH 00