

# 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.

## 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

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



47293

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004043

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
Nom & Prénom : Med Khamdichi Date de naissance : 01-01-1951  
Adresse : RES ALAZHAR IMM 14NR 10 TR 7/1 Bernoussi Casa  
Tél. : 06 02 15 42 42 Total des frais engagés : 142690 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
DR. LYAZIDI ABDELKIM  
Neuro Psychiatre  
83, Bd 11 Janvier - Casablanca  
Tél: 05 22 44 36 50  
Date de consultation : 12 / 10 / 2020  
Nom et prénom du malade : FAROUK FA... Age: 69-4-74  
Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
Nature de la maladie : Etat psychique  
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 : Casa Blanca Le : 13 / 11 / 2020  
Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
			350,-	Dr. LYAZIDI Ab... Neuro Psychiatre Bd 11 Janvier - Casablanca Tél: 05 22 1 76 50

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/10/2020	1035,70
	17/10/2020	40,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

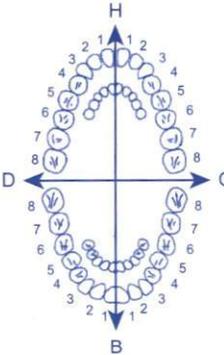
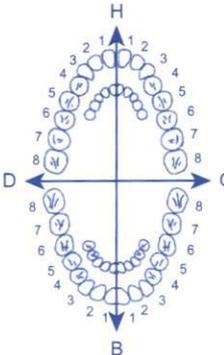
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur LYAZIDI Abdelkrim

NEURO - PSYCHIATRE

(Ex. Médecin du C H U Avicenne de Rabat)

83, Bd. du 11 Janvier - CASABLANCA

(à Côté du Cinéma Colisée)

Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

الدكتور اليزيدي عبد الكريم

طبيب نفسياتي

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعصبية وأمراض الرأس

(طبيب سابقاً بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط)

83، شارع 11 يناير الدار البيضاء

(بجانب سينما كوليزي)

الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

بالميعاد

Casablanca, le 17-10-20... في الدار البيضاء

80 221

N° Parici PATINA

339.X3

Solian low



low

181701

2 Parautal 10



50 up



Dr. LYAZIDI Abdelkrim  
Neuro Psychiatre  
83, Bd 11 Janvier - Casablanca  
Tél: 05 22 44 36 50

Durée de Traitement

03 w

A Revoir le

03 w

PHARMACIE RESIDENCE EL MOUAHIDINE  
 DR MARJANE MOUJANIA  
 RESIDENCE EL MOUAHIDINE. BD LA GRANDE CEINTU

Patente N°: 31836220  
 N° R.C. : 301800  
 Compte :  
 CNSS :  
 Id.Fiscale :  
 ICE : 00046688000

Tél: 0522674500



farici fatima



FACTURE : 32617 du : 19/10/2020

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	PARANTAL 20 COMPRIMES	10,10	40,40	7,00%
Total TTC			40.40	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUARANTE DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	37,76	2,64	40,40
		37,76	2,64	40,40

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH  
5 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH  
5 118001 081271

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 200mg, cp séc B 30  
PPV : 339,00 DH  
5 118001 081271

PARANTAL®

PPV 18DH90  
EXP 12/2022  
LOT 9N0E0 3