

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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-

069106

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05695 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme Norma AYOUCHE

Date de naissance : 16/04/1960 à Casablanca

Adresse : 115, Rue de la "CASA" Rue El Farah

Téléphone : 077736030

Total des frais engagés : 1097,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Casier du médecin

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maâin  
Casablanca - Tél. : 05 22 25 59 32

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : AYOUCHE Norma Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dépression récurrente

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 : 07/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : Norma AYOUCHE

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-069106

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 : 05695

Nom de l'adhérent(e) : Norma AYOUCHE

Total des frais engagés : 1097,20 DHS

Date de dépôt : 07/12/2020



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

25/11/2020		01	200,00	
------------	--	----	--------	--

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet ou Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---------------------------------------	------	-----------------------

<b>PHARMACIE PRINCIPALE</b> <b>Pharmacie</b> Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casablanca 123456 ENOS : 1487541 - IF : 54903300 - Patente : 04306256 ICE N° : 001807771000045 INPE : 092043261	28/11/2020	1922,00
--	------------	---------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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


# AUXILIAIRES MEDICAUX

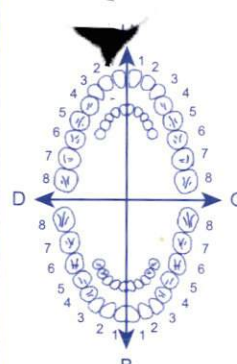
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	


# 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 canalaires, ainsi que le bilan

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"/>																								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	00000000	00000000	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																										
	B																											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# VOLET ADHERENT

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

☐ valable 3 mois

Le 25/11/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

AAYOUCI NAIMA

Présente

état dépressif chronique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

trois mois

Dont ci-joint ordonnance :

Voir Ordonnance

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

Docteur TAGNAOUTI Brahim  
Médecine Générale  
70, Rue de Normandie Maarif  
Tél : 05 22 59 59 32





SYNTHEMEDIC  
22 rue soubier brou al souam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

100mg Cpr enz  
Boite de 60  
26916 DMP/21 NSF P.P.V: 276,00 DH  
6 118001 021307

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubier brou al souam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

100mg Cpr enz  
Boite de 60  
26916 DMP/21 NSF P.P.V: 276,00 DH  
6 118001 021307

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubier brou al souam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

100mg Cpr enz  
Boite de 60  
26916 DMP/21 NSF P.P.V: 276,00 DH  
6 118001 021307

SYNTHEMEDIC  
22 rue soubier brou al souam roches  
noires casablanca  
SEROQUEL

100mg Cpr enz  
Boite de 60  
26916 DMP/21 NSF P.P.V: 276,00 DH  
6 118001 021307

LOT 200853  
EXP 04 2022  
PPV 126,00

6 118001 030071  
Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables  
PPV: 93,00 DH

6 118001 030071  
Anafranil® SR 75 mg  
20 comprimés pelliculés sécables

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

AOUTI Brahim

Faculté de Médecine

Bordeaux

INE GENERALE

Normandie - MeArit

SABLANCA

05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التكناوتي

خريج كلية الطب ببوردو

الطب العام

70، زنقة نورماندي - العاريف

الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 59 32

Casablanca, le 25 Novembre 2020 في الدار البيضاء

Norma AA 536 173

Traitements de trois mois

(04 boites d'éclairage  
de CITAP données  
mon médecin)

PHARMACIE PRINCIPALE  
Mohamed Saïd LEBBAR  
Pharmacien  
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca  
Tél: 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884  
CNS: 1187641 - IF: 50905302 - Patente N°: 34306256  
ICE N°: 00183771000045  
INPE: 092049261

Anafranil 25

Anafranil 25

Seroquel 500

Avilol 6 ou Al

41,80

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70

LOT 200601  
EXP 03 2023  
PPV 35.70