

# 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.

## Educations :

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 :

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- 052349

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5763

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : DIRAI Abdelfettah

Date de naissance : 1958

Adresse : Lot AL Khayama Im 197 E4 Apt N° 1

Casablanca

Tel : 06 67 43 83

Total des frais engagés : 1911,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Sachet du médecin

Docteur BENMACHMOUT HAJJAJ  
NEURO-PSYCHIATRE  
1, Bd. Zerktouni - Résidence Tarfaya  
4ème étage - Casablanca  
Tél : 022 28 16 81 - Fax : 022 28 53 47

Date de consultation : 21 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : DIRAI ABDEFETTACH

Age : 1958

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : aff Neuro-psychiatrique

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 : 04 / 01 / 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21.12.2020      | 23                |                       | 300,00                          | NEURO-PSYCHIATRE<br>11, Bd. Zerktouni - Résidence Tarlaya<br>4ème étage - Casablanca<br>Tel: 022 22 16 81 - Fax: 022 28 53 47 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE DATTIER<br>145 B Lotissement El Felaah 5<br>Lissasf - Casablanca<br>Tel: 037 11 06 78 | 21/12/20 | 16 11,50              |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

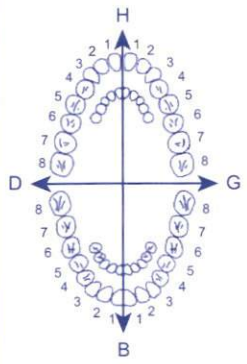
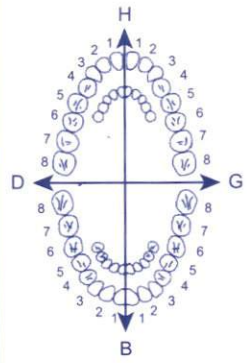
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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'

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |                     |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|---------------------|
|  |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
|   |   |                  |             |                         |                     |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>(Création, remont, adjonction)<br>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'EXE

Docteur BENBRAHIM Brahim

NEURO-PSYCHIATRE

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya

4ème Etage - Casablanca

Tél. : 0522 22 16 81

Fax : 0522 26 53 47

الدكتور بنبراهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية والعقلية والنفسية

11, شارع الزرقطوني إقامة طرفاية

الطابق الرابع - الدار البيضاء

الهاتف: 0522 22 16 81

فاكس: 0522 26 53 47

Casablanca, Le

21 Jente 2020

Dr DIRAI Abdelfattah

298,00x2

- Nadopar 250



2967

110,50x6

- Trivastal



at, lch, saor

2968

23,10x3

- Lysauris



at, lch, saor

2969

1/2p at, lch

PHARMACIE DATIER  
145 B. L'Assommoir  
L'Assommoir - Casablanca  
Tél. 0522 22 16 81

2970

70,80x4

- Verdep XR 70



at, lch

Docteur BENBRAHIM Brahim  
NEURO-PSYCHIATRE  
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya  
4ème étage - Casablanca  
Tél. 0522 22 16 81 - Fax 0522 26 53 47

16,15,50

at, lch

Traitement continu jusqu'au prochain Rendez-vous le 22/02/2021





6 118001 470037

LOT : KA02421  
PER : AVR 2023  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA02421  
PER : AVR 2023  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA02421  
PER : AVR 2023  
PPV : 70 DH 80

LOT : KA02421  
PER : AVR 2023  
PPV : 70 DH 80



6 118000 100287  
TRIASTAL 50mg LP  
30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287  
TRIASTAL 50mg LP  
30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287  
TRIASTAL 50mg LP  
30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287  
TRIASTAL 50mg LP  
30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287  
TRIASTAL 50mg LP  
30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée



6 118000 100287  
TRIASTAL 50mg LP  
30 Comprimés enrobés  
à libération prolongée

50 X 16 X 114 mm

50,5

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

Distribué par Roche S.A.  
Bd. Sidi Med Ben Abdellah  
Ivoire 05, Casablanca Marina  
MADOPAR 200/50-100 comprimés  
P.P.V. : 298,00 DH



6 118001 050697

LOT : 19E003  
PER : 10 2021  
TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30



6 118000 001576

P.P.V. : 29DH50

Lysanxia<sup>®</sup> 10<sup>mg</sup>  
40 comprimés



6 118000 250289

Lysanxia<sup>®</sup> 10<sup>mg</sup>  
40 comprimés



6 118000 250289

Lysanxia<sup>®</sup> 10<sup>mg</sup>  
40 comprimés



6 118000 250289