

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.

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

Déclaration : contact@mupras.com

Prendre 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.

AS : 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° P19-030167

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6030 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zadaki Naïma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Naïma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-030167

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

VOLET ADHERENT

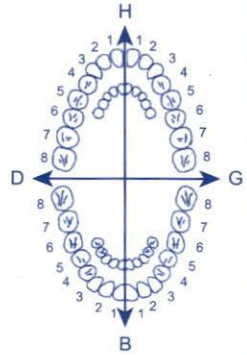
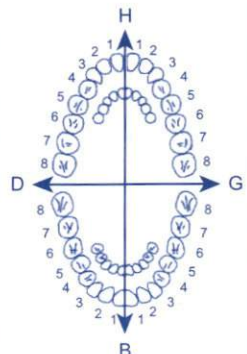
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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'E

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

6080

Nom & Prénom

ZADAKI WAIMA

Fonction

EX AGENT

Phones

0661322692

Mail

MEDICIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date

10/7/2018

Nature de la maladie

Affection psychologique

Date 1ère visite

16/05/2018

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

1

5

318011

PHARMACIE

Date

10/10/2018

Montant de la facture

1802,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Honoraires

MUPRAS
12 JUL 2018
ACCUEIL

UIBI LOUAFI

Psychiatre

Diplômé de la Faculté
de médecine de Paris

Consultant, ancien chef service
et chef consultation au C.H.S. de Taïf

Centre Abdelmoumen - Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual (Derb Ghalef) - Casablanca
Tél.: 05.22.86.02.65 / 05.22.86.00.78

Sur Rendez-vous

الدكتور اركيبي الوافي

اختصاصي في الأمراض النفسية والعقلية

خريج كلية الطب بباريس

استشاري الطب النفسي

رئيس مصلحة ومدير العيادات

الخارجية بـ م.ص.ن. بالطائف (سابقا)

مركز عبد المومن - تقاطع شارع عبد المومن

و شارع أنوال (درب غلف) الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.86.00.78 / 05.22.86.02.65

الموعود
Mlle 2/10/2018

Casablanca, le 10/7/2019 في الدار البيضاء،

Mlle ZADAKI NAIOA

201,00 x 2 1) Zoloft 50 mg gel



1-0-1) 12se 11878



93,00 x 6 2) Anafranil 75



1/2-1/2-1/2) 12se 11880



113,30 x 3 3) DEPAKINE 500 mg de

1-0-1) 12se



113,00
194,30x2

4) MEDIZAPIN 2,5

ou MEDIZAPIN

0-0-1) 12s
1802,00



Dr. RCUIBI Louafi
- Psychiatrie -
19, Avenue du 1er Novembre Boulevard
SABALCA - BORDJ - Algérie (Dz) 05 22 66 02 65



UT. AV : 0 2 2 4 P.P.V
2 0 1 0 0
LOT N° : 1 2 7 1 9 6 0

Zoloft 50 mg
60 GELULES



6 118000 250708

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30

PPV : 113,30 DH
6 118001 081073

UT. AV : 0 2 2 4 P.P.V
2 0 1 0 0
LOT N° : 1 2 7 1 9 6 0

Zoloft 50 mg
60 GELULES



6 118000 250708

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30

PPV : 113,30 DH
6 118001 081073



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
PPV : 93.00 DH



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
PPV : 93.00 DH



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
PPV : 93.00 DH

MEDIZAPIN 2,5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150922

LOT : 022
PER: AUT 2021
PPV: 113 DH 50

MEDIZAPIN 5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150946

LOT : 021
PER: AUT 2021
PPV: 194 DH 30

MEDIZAPIN 5 mg
30 comprimés ○



6 118001 150946

LOT : 020
PER: JUL 2021
PPV: 194 DH 30