

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 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

Déclaration : contact@mupras.com
Demande 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 personnelles.

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- 0038288

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9614 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MAHROUB ARDELARIE

Date de naissance : 06-08-62

Adresse : 19 Rue Elbanafssaj ETG 5 APPT 30 Hay RAHAC 288

Tél. : 0616881197 Total des frais engagés : 300 + 449,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|--|--|
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le <u>devis</u> | | Visa et cachet du praticien attestant l' <u>exécution</u> | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|----------------------------|------------------------|
| VOLET ADHERENT | NOM : | Mle |
| DECLARATION N° P 17 / 0042657 | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
| | 300 ^{dh} + 449,40 | 1 |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | |
| Cachet MUPRAS | | |



P 17 / 0042657

DATE DE DEPOT
..... / /201.....

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 9614 | Signature de l'adhérent |
| Nom & Prénom MAKHROUB ABDELAZIZ | | | |
| Fonction opérateur spécialiste | | Phones 0616781197 | |
| Mail | | | |
| MEDECIN | Prénom du patient MAKHROUB | | Signature du médecin |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> | | Age | Date 02/09/19 |
| Nature de la maladie céphalées de tension | | Date 1ère visite | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes S | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires 300 dh | |
| PHARMACIE | | Date 02/09/19 | |
| Montant de la facture 449,40 | | Cachet de la Pharmacie | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| CACHET | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date | |
| Nombre | | | Montant détaillé des Honoraires |
| AM | PC | IM | |
| CACHET | | | |

Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme (EEG)

Electromyogramme (EMG)

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

الدكتور منير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب بـبروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

02.09.2019

Casablanca, le :

Mr MAKHROUB Abdelaziz

1 CILENTRA 10 MG

1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois.

2 ALPRAZ 0.5 MG

1/2 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois.

Docteur Mounir EZZOUBI

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

