

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.

Radiologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-426945

AMPL

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22829**

Matricule : **8329** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **REGRAQUI Sand**

Date de naissance : **26.11.62**

Adresse : **25, Rue Oued Berzouj - Casablanca**

Tél. : Total des frais engagés : **289,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin **Dr. KAROUMI Bouchaib**

Cachet du médecin : **Psychiatre - Pédiopsychiatre
44, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél: 05 22 29 61 86 - 0522 29 53 42
INPE : 09 10 83 493**

Date de consultation : **31.12.2019**

Nom et prénom du malade : **Regraqui Aida** Age : **14/12/00**

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

Nature de la maladie : **Dépistement AT-PT**

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 : **31/12/2019**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

[illegible]

<p>et détaillé noraire</p>	<p>Cachet et signature du Médecin attestant la réalisation des Actes</p>
<p>Dr. KAROUNI BOUCHAIB Psychiatre - Pédiopsychiatre 44, Rue des Hôpitaux - Casablanca Tél: 05 22 29 61 80 - 0522 29 53 42 INPE : 09 10 83 493</p>	<p>INPE : 09 10 83 493</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CIL - Casa Blanca	31/12/18	2189,60
CIL - Casa Blanca	31/12/18	271,70

Montant de la Facture

218940

271, 70

[illegible]Montant
des Honoraires

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

Montant détaillé
des Honoraires

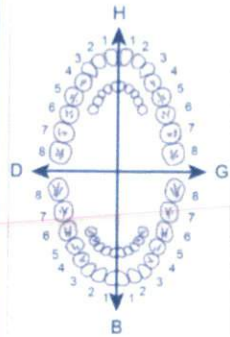
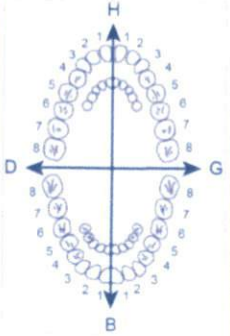
IV

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchaib KAROUMI

Diplômé de l'Université de Lyon (France)

Docteur en Neurosciences

Maître ès-Sciences Médicales

Ancien Psychiatre au CHU de Lyon

Psychiatre - Psychothérapeute

Enfants - Adultes

TEMESTA 1MG

CP SEC 850

P.P.V : 23DH00

TEMESTA 1MG

CP SEC 850

P.P.V : 23DH00

رأى النفسية واند
ال والكبار

Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

PPV : 93.00 DH

Casablanca Le : 31-12-19

ER: NOV 2020
PV: 400 DH 00

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

LOT: 005
PER: NOV 2020
PPV: 400 DH 00

40000
x4

ARIPRPIHI 15

17870
x2

SERTRALINE 67200

9300
x2

ANAFRANIL 75

2300
x2

TEMESTA 1 mg

1cp si
Bess

218940

ord x 04 min

05.22.29.53.42 : الفاكس - 05.22.29.53.42 - 05.22.29.61.86 : الهاتف

44, Rue des Hôpitaux (en Face des Urgences du CHU Ibnou Rochd) 2ème étage - Casablanca - Tél: 05.22.29.61.86 / 05.22.29.53.42 - Fax: 05.22.29.53.42