

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-509293

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23311**

Matricule : **8366** Société : **RAN**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **AZDY Jamel**

Date de naissance : **22/12/1980**

Adresse :

Tél. : **0613928845** Total des frais engagés : **300 + 716/10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12 9 FEB 2020**

Nom et prénom du malade : **AZDY Jamel**

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

Nature de la maladie : **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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
12.02.2020	ConPsy	1	3000	INP : 095125765 Docteur A. SAÏED Neuro-Psychiatre 54, Bd. Roubin Meskini Tél : 05 22 23 97 61

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Lorraine 54, Bd. Roubin Meskini Tél : 05 22 26 35 40 / 05 22 23 97 61	29/02/20	714,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	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																	
	<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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

A. SAYEH

liste

PSYCHIATRE

El Meskini

(Pharmacie Lorraine)

Casablanca

LOT: CT119M
PER: 06/2023
PPV: 42,80 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V: 41,50 DH
6 118000 012368

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V: 41,50 DH
6 118000 012368

السيار

LIMITED

ص النفسية
و العصبية
حال المسكني

رين الدار البيضاء

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

LOT: CT119M
PER: 06/2023
PPV: 42,80 DH

blanca, le

29 FEB. 2020

ضاء في

AZMY Lamika

LAOUFI
Pharmac
52, Bd. Rahal
Tel.: 0522 26 35 46

38882
① Amitra 10



126, m 24

Reparation

38883
② Lexomil 6



42,80 x 2

1/2 ep au coucher

38884
③ Imovane 7.5



41,50 x 3

1/2 ep au coucher

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20
P.P.V: 41,50 DH
6 118000 012368

Docteur A. SAYEH
Neuro Psychiatre
54, Bd. Rahal Meskini
Tél: 05 22 29 97 61 / 62

Durée du Traitement :

Rendez-Vous : 23.08.2020

714,10

توقيت مستمر من الإثنين إلى الجمعة: 9 صباحا 4 بعد الزوال - السبت 9 صباحا 1 زوالا
Horaire Continu de Lundi au Vendredi de 9h à 16h - Samedi de 9h à 13h