

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 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

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.

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) 23311 | | Société : RAM | |
| Matricule : 85611 | Pensionné(e) AZADY | | |
| Actif | Autre : | | |
| Nom & Prénom : AZADY Jamila | | Date de naissance : 22/12/1986 | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 06 139 788 85 | | Total des frais engagés : 300 + 740 Dhs | |
| Cadre réservé au Médecin Docteur ABADEH Neuro Psychiatre 54, Bd. Raha Meskin Tél. : 05 22 29 97 60 02 MAR 2020 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 12/09/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : AZADY | | | |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE 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 |
| 22/9/2020 | Consultation | 1 | 300 D.H. | INP : 0933125763 Docteur A. SAIDI Neuro Psychiatre Bd. Radouani Meskini 07 61 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | | 571052227 Tel: 05 22 22 7 |
|---|---------|----------|------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Renseignement | Caserne | Date | Montant de la Facture |
| ALAOUI M. Mostafa Pharmacie de Lorraine S.E.D. Khalil El Meskini rel.: 0522263540/0522263540 | | 29/02/20 | 714,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| | <hr/> | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | |
| | 35533411 | 11433553 | | |
| | <hr/> | | | |
| | B | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |

A. SAYEH

liste

YCHIATRE

El Meskini

armacie Lorraine)

ablanca

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

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

blanca, le 29 FEV. 2020

السيار

IMITED

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20

P.P.V : 41,50 DH

6 118000 012368

Maphar

Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20

P.P.V : 41,50 DH

6 118000 012368

ص النفسيه
و العصبية
حال المسكيني
رين) الدار البيضاء

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

ضاء في

LAOUI FE
Pharmac

32, Bd. Rahal
tél. : 0522 26 35 46

126, 24 24

1) Albuterol



Albuterol

2) Lekomif 6

42,80 x 2

1/6 au couche

3) Imovane 7,5

41,50 x 3

1/6 au couche

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7,5mg cp pell
séc b20

P.P.V : 41,50 DH

6 118000 012368

Durée du Traitement :

Rendez-Vous :

Docteur. A. SAYEH

Neuro Psychiatre

54, Bd. Rahal Meskini

Tél : 05 22 29 97 61 / 63

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