

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.

Educational :

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.

Maladie :

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

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 - 8ème 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- 0038430

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1049

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Veuve Benachoud

Date de naissance : 1943

Adresse : Derb Tazir Rue 3 N° 29

Tél. 0522 48 70 10

Total des frais engagés : 400,00 + 707,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : AFRANI Fatima

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection psychique

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 : Casa

Le : 12/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-038430

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).

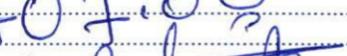
Matricule : 1049

Nom de l'adhérent(e) : Veuve Benachoud

Total des frais engagés : 400,00 + 707,00

Date de dépôt :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>10 03 90 90</p>	<p>707.00</p> <p></p>

[illegible]

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

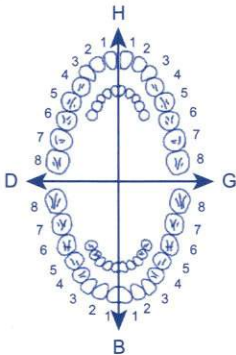
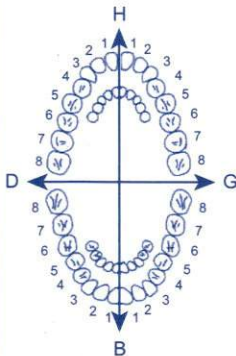
*** Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

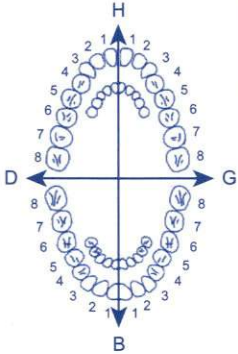
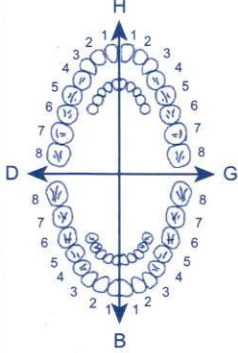
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></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 L'EXE

Dr. Loubna Bouhaoui LAHSAINI

Psychiatre - Psychothérapeute

PSYCHOTHÉRAPIE

TROUBLES DE SOMMEIL

TROUBLES SEXUELS

TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE



الدكتورة لبنى بوحولي لحساني

أخصائية في الطب النفسي و العقلي

العلاج النفسي

اضطرابات النوم

الاضطرابات الجنسية

اضطرابات في السلوك الغذائي

ORDONNANCE

PHARMACIE MOUTRANE
N° d'Ordre 12611
Date 12/03/2020
10.03.2020
me AFRANI Fatima
ep. Leve BNOUTTOUD

396.00 (S.V.)
Paroxetine windows 132.00
43

(S.V.) 2 pl j x 4 jours

156.00 plus 1 pl j x 3 semaines
Diminab 2 pl 58.00
43
46.00 Teusta 1 mg 23.00
43
(S.V.) 1 pl j x 10 jours

109.00 Aspirine 100 mg 21.00
43
x 3 semaines puis 12 pl x 2 jours
45

702.00

Dr. Loubna BOUHAOUI LAHSAINI
Psychiatre
Résidence COLOSÉE 20 Bd Taoujtate
Casablanca - Tél. : 05 22 27 28 72

30, Bd Ain Taoujtate (resid. Colisée) - 3ème étage
(prés de clinique Badr) - bourgogne - Casablanca
Tél. : 05 22 27 28 72 / Gsm : 06 64 23 11 39

30 شارع عين توجطات (أرب مصفاة)
إقامة كوليزي الطابق الثالث بوركون الدار البيضاء
الهاتف : 06 64 23 11 39 / 05 22 27 28 72

Diurimat[®] 2,5 mg

30 comprimés
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240303

52.00

LOT : 19E003
PER.: 11 2022

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

P.P.V : 132DH00



6 118000 062301

Diurimat[®] 2,5 mg

30 comprimés
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240303

52.00

LOT : 19E002
PER.: 07 2022

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

P.P.V : 132DH00



6 118000 062301

Diurimat[®] 2,5 mg

30 comprimés
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240303

52.00

LOT : 19E003
PER.: 11 2022

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

P.P.V : 132DH00



6 118000 062301

LOT : 19E001
PER.: 09 2021

TEMESTA 1MG
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00



6 118000 011569

LOT : 19E001
PER.: 09 2021

TEMESTA 1MG
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00



6 118000 011569

LOT : 19E005
PER.: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E005
PER.: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E005
PER.: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E005
PER.: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113

LOT : 19E005
PER.: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



6 118000 061113