

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.

Diologie 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.

Maladie chronique :

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

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° P19- 068064

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Amrani Bouchaib

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse :

Tél. : 06.66.19.86.24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/03/2020

Nom et prénom du malade : AMRANI Bouchaib Age :

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

Nature de la maladie : S.D. Dépression

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) :

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
25/03/20	C.S		500,00	
15/04/20	C.S		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/03/2020	525,00
	15/04/2020	314,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

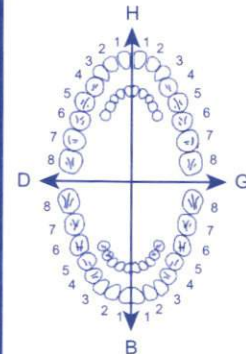
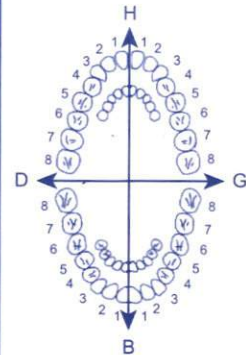
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imane KENDILI MD

Psychiatre - Psychothérapeute
Spécialiste en Addictologie
Membre de l'American Society of Addiction Medicine
Spécialiste en Sexologie et Thérapie du couple
Thérapies familiales systémiques
Troubles du sommeil et gestion du stress



Cabinet Diagnostic

Prescription

Date :

25/03/2022

Mme / Mr.

Amrani Boucheir B

LOT N°: 1909391
EXP: 09/2022
PPV: 179DH00

Velapex

1 - 0 - 0
9h 13h 21h

Seroquel

0 - 0 - 1
9h 13h 21h

Stelam

1 - 1 - 1
9h 13h 21h

SYNTHEMEDIC
22 rue sousser benou el nouem roches
noires casablanca
SEROQUEL
100mg Cpr enr
Boite de 60
26916 DMP/21 NSF P.P.V: 276,00DH
6 118001 021307

STEPHANIE HANZA
CASABLANCA
Lot: Hsi, fatchi, 200
Casablanca - Tél: 0522 93 10 22

Lot : 3180
Fig: 04 2019
EXP.: 04 2022
BIOCODEX MAROC PPV : 74,00 DH

5, rue Oulad Bouzid-Val d'Anfa(rue avant fauchon)-Casablanca

Tél: 06 61 22 42 91

Tél: +212 522 369 910 — Fax: +212 522 369 679

E-mail: imane.kendili@gmail.com

Patente : 35460316 -IF:15272010 -CNSS: 5542502-ICE : 000244881000024

Adolescent - Adulte - Sujet âgé

Dr. Imane KENDILI MD

Psychiatre - Psychothérapeute
Spécialiste en Addictologie
Membre de l'American Society of Addiction Medicine
Spécialiste en Sexologie et Thérapie du couple
Thérapies familiales systémiques
Troubles du sommeil et gestion du stress

LOT 191571
EXP 10/2021
PPV 36.70DH



Cabinet Diagnostic

Prescription

Date :

Mme / Mr.

Mrani

Bouchaib

98,30

98.30

Thyrol

30

1.5

0-0-1

36.70

2

Anxol

6

1/4-1

Claxo

2

179,0087

5, rue Oulad Bouzid-Val d'Anfa(rue avant fauchon)-Casablanca

Tél: 06 61 22 42 91

Tél: +212 522 369 910 — Fax: +212 522 369 679

E-mail: imane.kendili@gmail.com

Patente : 35460316 -IF:15272010 -CNSS: 55425021CE: 000244881000024

LOT N°: 1907478
EXP: 07/2022
PPV: 179DH00

Adolescent - Adulte - Sujet âgé