

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.

Déclaration de Maladie

Nº W19-494112

ND 85 633

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2264	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUTIB EL FARSSY Mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	02/02/1851		
Adresse :	Hay Tarbouche	Rue 6 Nella	
	Al Moudaw	Al Asma	
Tél. :	06 65 79 38 98	Total des frais engagés :	44 370 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
DOCTEUR MRAÏH FOUIZA NEURO-PSYCHIATRE			
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya			
4ème étage - Casablanca			
Tél. : 022 22 16 81 - Fax : 022 26 53 67			
Cachet du médecin :	MRAÏH FOUIZA		
Date de consultation :	09/03/20	Age :	1965
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	aff NeuroPsychiatry		
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 21/04/2020

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
09.03.20	C3		300,-	DOCTEUR HASSIB BEN ROMDHANE NEUROPSYCHIATRE 11, Bd. Zerkoulli - Résidence 4ème étage - Casablanca - 022 22 16 81 - Fax: 022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/18/2005	1432

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

1

25533412 21433552

□□□□□□□□

□□□□□□□

35533411 11433553

— B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

IT	
AUX	
S	
ON	
ON	
IT	
AUX	
S	

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Doucteur BENBRAHIM Brahim

NEURO-PSYCHIATRE

11, Bd, Zerkouni - "Residence Tarfaya"

4éme Etage - casablanca

Tél : 0522 22 16 81

Fax : 0522 26 53 47

الدكتور بنبرهيم ابراهيم

اختصاصي في الأمراض العصبية و العقلية والنفسية

11،شارع الزرقطوني"إقامة طرفاية"

الطابق الرابع - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 22 16 81

فاكس : 05 22 26 53 47

٤٤/١٨

casablanca, le ٠٩ Mars ٢٠٢٣

٩١٥

MRAIH

Faugie

٤٤.٩٥٢٣

Anafraïl ٢٥ mg



LOT : M0087
EXP : NOV 2022
PPV : 47,90 DH

١٤٣.٤٥

Nep at, un
lyp lexow

LOT : M0092
EXP : FEB 2023
PPV : 47,90 DH

LOT : M0092
EXP : FEB 2023
PPV : 47,90 DH

Docteur BENBRAHIM Brahim
NEURO-PSYCHIATRE
11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya
4ème étage - Casablanca
--- ٠٥٢٢ ٢٢ ١٦ ٨١ Fax ٠٥٢٢ ٢٦ ٥٣ ٤٧
Suy

Traitement continu jusqu'au prochain Rendez-vous le ٠٨ / ٠٤ / ٢٠٢٣