

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.



Declaration de Maladie

N° W19-549085

N°: 37109

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 10466 Société : _____

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : BABA OTHMAN

Date de naissance : 1971

Adresse : Bd IB Nou SINA I MML APT 4

Tél : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/7/2020

Nom et prénom du malade : Laïki Hina Age : _____

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

Nature de la maladie : étourdissement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

16 AOÛT 2020

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 : 18/8/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 Air Maroc, Casablanca, Maroc. Téléphone : 0522 90 59 70. Fax : 0522 90 59 71. Email : contact@mupras.com

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
22/12/90	CS	CS	3.000,00	INP : 091 184 226

INP: 091184226

ASQUAD

Fatima A. ...
psychiatre
at Fir

Médecin
N° 30 N° 2
0522 90

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/20	407 000 DA

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

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Ce document est celui de l'usager, à être traité, l'acte pratiqué en indiquant le statut de l'usager					
Important :					
Veuillez indiquer les interventions, prothèses ou de traitement carieuses, au singulier, à l'exception de :					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 5533412 11000000 2143355 00000000 00000000 15533411 D G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX 	
	(Creation, 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

Important :

Veillez à rendre les images plus claires en cas de prothèses ou de traitement canalaire au sein d'un canal du DCE.

INP : _____

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

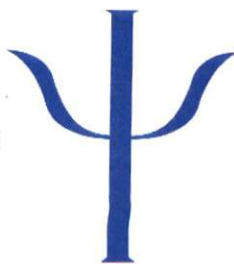
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR FATIMA ASOUAB

SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE & PSYCHOTHÉRAPIE
SPÉCIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET ADDICTOLOGIE

ANCIENNE INTERNE DE L'HÔPITAL

DE BLOIS - FRANCE



دكتورة فاطمة أوصاب

أخصائية في الطب النفسي والعقلي
أخصائية في الصحة العمومية و طب الإدمان

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفى

بلوة - فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le :

27/07/2020

PHARMACIE LA SOURCE
DR EL MOUANNI MOUANA
C-7 Rue Am Anassoulal
TEL : 05 22 30 24 25 05 22 30 26 69

Mme Lotfi Hind

93.00

1) Anafranil 75



6 118001 03007 1
Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

2.10 le m.

LOT N° : 1907479
EXP : 07/2022
PPV : 179DH00

179.00
2) Veloxan 75LP

98.30
3) Ablue m l 30

4) Nedi zopim 75

RDV, Le :

A

Email : cabinetasouab@gmail.com

Bd. Oum Rabii Lot. AL Firdaous Imm N° 30 Appt 2

El oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 90 59 70

Email : cabinetasouab@gmail.com

شارع أم الربيع تجزئة الفردوس عمارة 30 رقم 2

الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 59 70

Anxiol

LOT 190903
EXP 06/2021
PPV 36.70DH

368 1/4 -

1/4 -

1/2 up.

felt pain 3/Jan

Dr Fatima ASOUAB
~~Médecin Psychiatre~~
10 Oum Rabi'ah - 20 N° 2 Al Firdous
Hay Hassani - Tél: 0522 90 59 70

407. →

PHARMACIE LA SOURCE
Dr EL MOUMINI MOUHA
37 Rue Ali Assergoug
Cas - Casablanca
Tél: 05 22 34 34 65 / 05 22 36 26 69