

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.

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° W19-424793

134589

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Matricole : 6713			Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HA JOLWARDA FATHA	
Nom & Prénom :		Date de naissance : 28/04/1960		
Adresse :				
Tél. : 0661416998		Total des frais engagés : 500 + 270 = 770,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud, Qu. Gauthier
Tél. : 05 22 22 11 21 - Fax : 05 22 27 27 15

Date de consultation : 25/07/2022

Nom et prénom du malade : HA JOLWARDA FATHA Age : 56 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Anxiété

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/07/2022

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
16.2.2022	C	3	50000	INP : 091067451 Signature : <i>Yousra GHAZAL</i> Spécialité : Psychotérapeute Au : Gauthier Date : 29-27-21-15
07.2.2022	C	3		
20.2.2022	C	3		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIEN EL ADRAOUI 1200 Bd. M. Youssef Rached Bella Costa - Mohammedia Tél: 03 23 32 91 99 Fax: 03 23 32 91 99 E-mail: eladraoui@ymail.com	25/07/2012 Psychiatre Rue Nabil Casablanca 0522 22 11 21	270.00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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																				
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		00000000	35533411		11433553	B		G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B		G																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 25-7-2022

HAZOURDA Fatiha

1 Dose x 2

83.70 x 2

dep matin

du matin 2x

51.30 x 2

270.00

1 matin

N D'ORDRE: 2093
DATE: 25/07/22

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 648336
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 649077
6 118001 140237

LOT: 0087
EXP: JUIN 2026
PPV: 51,30 DH

LOT: 0090
EXP: SEP 2026
PPV: 51,30 DH

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier
Casablanca - Tél: 0522 22 11 21 - Fax: 0522 27 27 15

18

Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier
Casablanca - Tél: 0522 22 11 21 - Fax: 0522 27 27 15

18
2 mois
Dr. Najoua GHAZAL
Psychiatre - Psychothérapeute
17, Rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier
Casablanca - Tél: 0522 22 11 21 - Fax: 0522 27 27 15
LA GORNICHE
EL AOUAOUI RACHID
Annie BCI M. Youssef Residence
Bella Costa - Mohammed
Tél/Fax: 0523 32 91 99
Dr. najoua@gmail.com