

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 rééducation.
 - 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

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------|
| 0 | Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 | Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 | 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



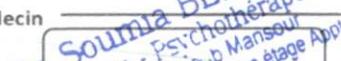
Déclaration de Maladie

Nº W21-727351

1303334

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9738	Société : R A M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAABAOUI AZIZA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 65300000	Total des frais engagés		317,00

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 Pt. Soumia B.D. Psychiatre - Psychothérapeute 264, Bc. 3 ^e étage Mansour Assurance Escadre 4 ^e à 2 ^e étage App. 7 22 54 59 59		
Date de consultation :	26/10/2022		
Nom et prénom du malade :	CHAABAOUI Aziza		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Affection psychiatrique		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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 : ANSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : ... / ... / ...

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
26.10.29	CS / psy			INP : 09A63GM9 Dr. Soumia BERRADA Psychiatre - Psychothérapeute 294 Bd Mansour Résidence Escalier 1 à 2ème étage Appart. 7 Tél : 02 22 04 59 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DES SAINTS</i>	26/10/2029	317,20 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

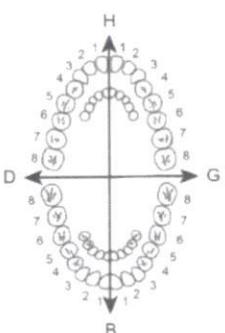
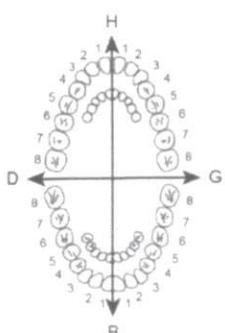
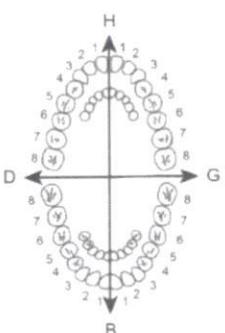
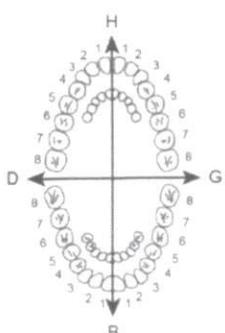
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

		COEFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DEBUT D'EXECUTION
		FIN D'EXECUTION
		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION
		DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الأستاذة
طبيبة و م

199,90

123,90



31,70



Ex. Chef de Service du Centre d'Addictologie
CHU Ibn Rochd, Casablanca
Thérapie Cognitive et Comportementale
Thérapie de Couple
Affirmation de Soi
Gestion de Stress

اخصائية في الا
العصبية والإدمان و مستشفيات باريس سابقاً
طبيبة داخلية بمستشفيات باريس سابقاً
أستاذة بكلية الطب بالبيضاء سابقاً
رئيسة مصلحة مركز الإدمان بالمستشفى
الجامعي ابن رشد سابقاً

Casablanca, le :

26/10/2022

N°

Brize Chablaan

123,90 X 2

31,70 00239190

panekal 4

H 3

31,70 1 experte

00239191

Lepe 6 Jy dédom

my

Y gdr

Pr. Soumia BERRADA
Psychiatre - Psychothérapeute
294, Bd Yacoub El Mansour
2^e étage Appart 7
Tél. : 05 22 94 55 50

إقامة فضاء أنفا ، الطابق الثاني - رقم 7 ، 294 شارع يعقوب المنصور - الدار البيضاء
Résidence Espace Anfa - 2^{ème} Étage - Appt 7 , 294 Boulevard Yacoub El Mansour - Casablanca

الهاتف: 05 22 94 59 59

~~24.07.2010 Taaaseby
14 ans~~

~~200930192~~

~~31/7/2010 Hdc de lais~~

~~Pr. Soumira BERRADA
Psychiatre - Psychothérapeute
264/5c - 6005 Mansour
Residence 25025 4^e à 2^{ème} étage Appt. 7
Tél: 0524 55 50 50~~

~~PHARMACIE
SC. RUMAIE DES STADES
RC. TAKAFUA
C. 24500 Casablanca
F. 254925 Casablanca
F. 40436635873067~~