

ACTIVE

POUR
LES REJETS

- Le certificat de soins doit être signé par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La durée de validité du certificat 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

- Reclamation : 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° W21-714948

pa
compté

245749

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8421

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASSIME MOHAMED

Date de naissance :

01-07-1947

Adresse :

lot AGENCE URBAINE LISSASFA n°86
LISSASFA CASABLANCA

Tél. : 0667280051

Total des frais engagés : 333,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du-médecin :

Dr. CHARAHAS
Psychiatre - Psychothérapeute
Tél. : 05 37 30 72 37
INPE 051200541

Date de consultation :

05/11/26

Nom et prénom du malade :

SAKYAT FAKIR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA

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 : KENITRA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Lachrahi

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-714948

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 8421

NASSIME MOHAMED

Total des frais engagés : 333,30

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
05/12/2014 CHARA Psychiatre 0537307231	C S		Acident	INP : 051200541 Dr. CHARA Psychiatre - Psychothérapeute tel. : 05 37 30 72 31 051200541

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Société ALHAROUNE Azharoune KADDOUJ Azharoune lot N°363 Tél : 05 37 35 00 20 INP 052012754	09/11/2022	333,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHARAHA Samira

Psychiatre - Psychothérapeute

Psychiatrie de l'adult , l'enfants et de l'adolescent

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Ex-Médecin à l'hôpital Arrazi (Salé)



د. شراها سميرة

طبية نفسانية - معالجة نفسانية

الطب النفسي للكبار - الأطفال - المراهقين

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبية سابقا بمستشفى الرازي (سلا)

Kénitra le 05/11/22 : القنطرة في :

Mme SAKIAT Farida

AAA,10X03

1) Bipreterax 5mg/1,25

Acp le matin

333,30

Dr. CHARAHA S
Psychiatre Psychothérapeute
Tél.: 05 37 30 72 37
INPE 05 12 00 54 1

Pharmacie AZHAROUNE
Dr Zarhoul KHADDOUJ
Lotis Azharoune 1011
Kénitra - Tél: 05 37 35 00 20



Durée du Traitement

05 mois

دة العلاج

Prochain RDV