

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-808389

170381

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BANDREDINE AMAR

Date de naissance :

11-05-1994

Adresse :

48 Av Driss el haiti 001

Souscrit :

Tél. :

Total des frais engagés : 686.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL JEBBOURIFZ
Psychiatre - Psychothérapeute
Thérapie cognitive et comportementale
Addictologie - Pédiopsychiatrie
05 37 85 65 52 / 06 42 63 21 23

Cachet du médecin :

24/06/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:
 Enfant

Nature de la maladie :

Amal Ben Abdellah

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

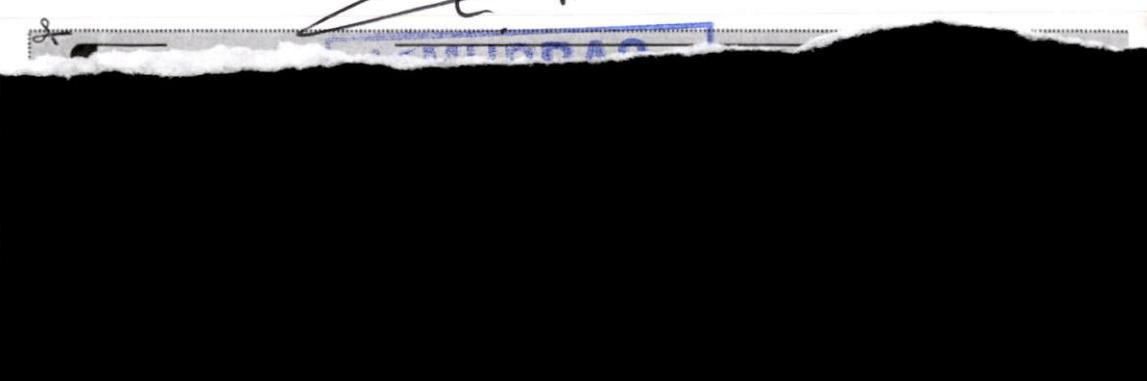
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 21/07/2023



Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

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
24/06/23	45	1	350 DH	INP 1012 46 023 Dr. EL JEBBOURI FZ Psychiatre - Psychothérapeute Thérapie cognitive et comportementale Addictologie / Pédopsychiatrie Tel: 0537 88 55 52 / 06 42 83 21 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HOUARI BAJA M. Mohamed VI, Souissi - Rabat INPE : 102057684 Tel: 0537 75 21 87 / 0537 75 07 71	24/06/23	386,70

ANALYSES - RADIographies

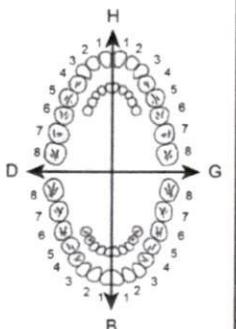
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

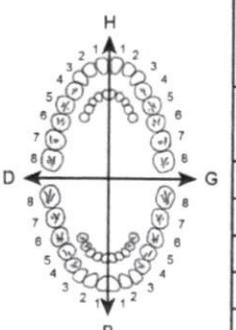
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

DR. EL JEBBOURI FATIMA AZZAHRAA

Psychiatre

Psychothérapeute

Thérapie Cognitive et Comportementale

Addictologie

Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

Diplômée de la Faculté de Médecine et de

Pharmacie de Rabat

Ex-Médecin à l'hôpital ARRAZI de Salé



د. الجبوري فاطمة الزهراء

طبيبة أخصائية في الأمراض النفسية والعقلية

معالجة نفسانية

العلاج السلوكي والمعرفي

طب الإدمان

الطب النفسي للأطفال والمرأهفين

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة سابقة بمستشفى الرازي بسلا

Salé, le : 24/06/2023

N°

ORDONNANCE

Aman Badredine

128,90 x 3

Ponekal 20 - g

128,90

1 — 0 — 0

128,90

128,90

128,90

Dr. EL JEBBOURI FZ
Psychiatre - Psychothérapeute
érapie cognitive et comportementale
Addictologie - Pédopsychiatrie
t : 05 37 85 65 52 / 06 42 63 21 23

Durée de traitement

— 2 mois —

RDV le : 23/08/2023.

Adresse : Av. Mohamed V, Lot Frougui, Résidence 1, Apt 5, Hay Karima, Salé (au dessus de BMCI)

العنوان : شارع محمد الخامس، تجزئة الفروكي، إقامة 1 ، الشقة 5 ، هي كريمة، سلا (فوق BMCI)

Fixe : 0537856552 - Tél : 0642632123 E-mail : jebbouri.fz@gmail.com