

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0043734

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01290 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DAKECH Abderrahmane

Date de naissance : 08.02.1952

Adresse : LOT TABAMOUNE RUES N°2 OULFA CASABLANCA

Tél. : 06.62.64.13.00 Total des frais engagés : 668,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 27/04/2020

Nom et prénom du malade : Mr CHAKUR Noufissa Age : 67ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjointe  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 Le : 03/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
27-4-20	G3		1000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	20/4/2020	26880

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>															
			Date du Devis <input type="text"/>															
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Dr. Najoua GHAZAL  
Psychiatre - Psychothérapeute

الدكتورة نجوى غزال  
أخصائية الأمراض النفسية والعصبية

Casablanca, le 27-4-2020

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
4, Bd Oued Daoura  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 20 00 25 95

Mme CHAKIR Noufissa

178,80

Inidep 100mg  
( Sertraline )

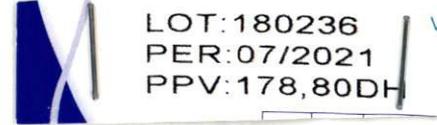
1cp soir



90,00

Prisdal 0,5mg  
(Risperidone )

1cp soir



26880

Traitement de 02 mois

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
4, Bd Oued Daoura  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 20 00 25 95

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
334, Bd Oued Daoura  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 20 00 25 95

Dr. Najoua GHAZAL  
Psychiatre - Psychothérapeute  
17, rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 27 15 15 - Fax : 05 22 27 15 15

PHARMACIE NAGUIB  
Dr Naguib Nadia  
334, Bd Oued Daoura  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 20 00 25 95

17, rue Najib Mahfoud - Quartier Gauthier - Casablanca - Tél. : 0522 22 11 21 - Fax : 0522 27 27 15  
0522 22 27 15 : الفاكس - 0522 22 11 21 : الهاتف - الدار البيضاء - حي كوتي - زنتة نجيب محفوظ - 17,