

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

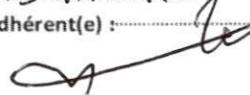


Déclaration de Maladie

N° W19-507637

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8229	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZEBAKHET Krik
Nom & Prénom : ZEBAKHET Krik			
Date de naissance : 01/10/1970			
Adresse : 30 Rue D'Enrymenthe PoRo CASABLANCA			
Tél. : 0650338148	Total des frais engagés : 26097 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11/09/2020			
Nom et prénom du malade : MORJAD NAJLA			
Age : 42ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection mentale aiguë			
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) : 

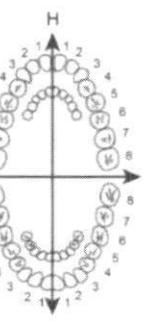
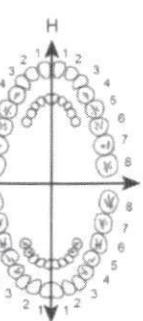
Le : 07/10/2020

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
11/07/02	C.T		agréé	INP : <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture	
<i>Dr. GASSABI Boujemaa Lotissement AL ALAA Mounaee Casa</i>	8699 D.H	
15/01/2020	8699 D.H	
14/09/2020	8699 D.H	
13/11/2020	8699 D.H	

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

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

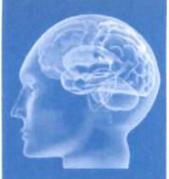
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
		CCEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																				
																						
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
		H		G																		
		25533412	21433552	00000000	00000000																	
D		B																				
00000000	00000000	35533411	11433553																			
(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																						

Dr. Naila MIDAFI

Neurologue

Spécialiste des maladies du cerveau,
de la moelle épinière, du nerf et du muscle
Spécialiste des troubles du sommeil
Adulte et enfant

(Epilepsie, Migraine, Vertige, Accidents vasculaires
cérébraux, maladie d'alzheimer, Maladie de parkinson,
Sclérose en plaques, Myopathies, Neuropathies)



Explorations Electroneurophysiologiques
Electroencéphalogramme (EEG)
Electroneuromyogramme (EMG)

الدكتورة نائلة ميضافي

أخصائية في أمراض الدماغ والجهاز العصبي
أخصائية في اضطرابات النوم
الكبار والأطفال

(أمراض المسرع، آلام الرأس، الدوخة، جلطة الدماغ
مرض الزهير، مرض باركينسون، مرض التصلب
المتعدد، أمراض الأعصاب والعضلات)
التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le :

11.09.2020

Mr MOURSAD Najlaa

AUBAGIO

1 CP le matin pendant 3 mois

صيدلية العلاء
PHARMACIE AL ALAA
Dr. GASSABI Boujemaa 11 Imm. G.
Lotissement AL ALAA Bd. Houssein Soussi
Sidi Moumen Casa. Tél: 05 22 71 98 72

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P1
Ain sebââ Casablanca
Aubagio14 mg b 28 cp pel
P.P.V : 8699,00 DH
6 118001 082193

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P1
Ain sebââ Casablanca
Aubagio14 mg b 28 cp pel
P.P.V : 8699,00 DH
6 118001 082193

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P1
Ain sebââ Casablanca
Aubagio14 mg b 28 cp pel
P.P.V : 8699,00 DH
6 118001 082193

Sur Rendez-vous

مجمع المعرج : ملتقى شارع أنوال و شارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، رقم 26 ، الدار البيضاء
Al Miaraj Center : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen - 2^{ème} Etage N°26 - Casablanca
Tél : 05 22 86 56 04 - GSM : 06 61 71 09 33 - E-mail: nmidafi@gmail.com