

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.

Prothèse dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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
Prise 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.

S : 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



CA
64014

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003029

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252 Société : 1
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : JACHJOUGH Zahra Date de naissance : 1941
Adresse : Habitation
Tél : 0661749545 Total des frais engagés : 541,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MEHDAOUI M'Barek
NEUROPSYCHIATRE
33, Rue Yemen-CASA
Tél: 0522 31 64 25 - 0522 45 06 45

Date de consultation : 05/03/2021
Nom et prénom du malade : JACHJOUGH Zahra Age : 1941
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Troubles Névrotiques
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 : 05/03/2021

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
05/3/21	C3		300,00	<p>Dr. MEHDAOU M. BOUK</p> <p>NEUROPSYCHIATRE</p> <p>33, Rue Yemen-CAS</p> <p>Tel: 0522 31 64 25 - 0522 45 06 45</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SOUFIANE</p> <p>GR. EL. 134 142 25/25</p> <p>TEL: 0522 39 09 63</p> <p>I.C.E : 000500246 000 220</p>	5-3-221	241,40

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D 00000000 00000000 G</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Docteur MEHDAOUI M'barek

NEURO-PSYCHIATRE

33, Rue Yemen - Angle Bd. du 11 Janvier

(Ex. Rue Soldat Jouvencel)

Téléphone : 0522 31 64 25 / 0522 45 06 45

CASABLANCA

الدكتور مهداوي مبارك

إختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية

33، زنقة اليمن - زاوية شارع 11 يناير

(زنقة الجندي جوفانسيل سابق)

الهاتف : 0522 45 06 45 / 0522 31 64 25

الدار البيضاء

Casablanca, le 5/3/2021 في الدار البيضاء،

M. Faghfagh Zahra

INPE : 092054428

Alperide 210

4/4 cmf de hair

18,40x12

Sanxen 5

1 caph 200m de re

10,30x2

20h franco 500

1 em/ en carde cepha de

241,40

Dr. MEHDAOUI M'barek
NEUROPSYCHIATRE
33, Rue Yemen-CASA
Tél: 0522 31 64 25 - 0522 45 06 45

Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Tranxène 5 mg
30 gélules



Doliprane[®] 500mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMES SECABLES



Doliprane[®] 500mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMES SECABLES



PHARMACIE CHANTANI
GROUPE
ELI LILLY
Tel. 01 47 00 00 00
I.C.E. 0000000000