

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.

Diagnostic 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

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- 054552

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8486 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ETI GI Nes
Date de naissance : 01/01/1960
Adresse : même adresse
Tél. : 06 61 65 19 19 Total des frais engagés : 955,90 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : 13/03/2021
Nom et prénom du malade : Roumana Naïle Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : état psychopathologique
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.

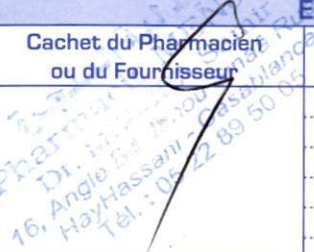
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUSE 03/03/2021

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
13/3/21	C5	C3	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/03/21	655,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

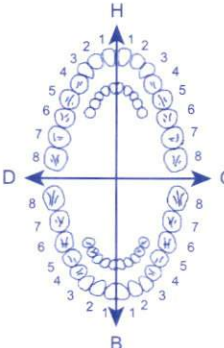
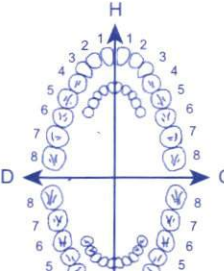
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

DOCTEUR FATIMA ASOUAB

SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE & PSYCHOTHÉRAPIE
SPÉCIALISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET ADDICTOLOGIE

ANCIENNE INTERNE DE L'HÔPITAL

DE BLOIS - FRANCE



دكتورة فاطمة أصواب

أخصائية في الطب النفسي والعقلي
أخصائية في الصحة العمومية و طب الإدمان

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفى

بلوة - فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le :

13/03/21

Mme Roubaia Naïm

83.70x6

1st prescription

1) Déproval



1/2 up le mal

124.70

2) Zephan 6



34.70x2 / up - 0

3) Pectugel



Pharmacie ASOUAB
Dr. M. ASOUAB
16, Angle Des Anou, Casablanca
Tél : 05 22 89 50 00

1/2 up le mal

N° 2

RDV, Le :

A

Email : cabinetasouab@gmail.com

Email : cabinetasouab@gmail.com

Bd. Oum Rabii Lot. AL Firdaous Imm N° 30 Appt 2

El oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 90 59 70

شارع أم الربيع تجزئة الفردوس عمارة 30 رقم 2
الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 59 70

1D - cure
49,60

N° 1

1 cure par mois par 3 mois

T= 655,90

Dr. Fatima ASOUAD
Médecin Psychiatre
3d Oum Rabil Im 50 Hay Al Eiraous
Hay Hassani - Tel: 0522 90 59 70

Pharmacie MENORA
Dr. Mohamed EL AMIR
16, Angle Hay Hassani - Casablanca
Tel: 05 22 89 50 05

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645439
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645439
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 635839
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 645439
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646215
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 83,70 DH
ID : 646215
6 118001 140237

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E00
EXP: 05/2023

PPV : 34DH70
PER : 11-23
LOT : J3304

PPV 34DH70 EXP 12/2022
LOT 90052 1
PECTRYL®
PPV 34DH70 EXP 05/2022
LOT 94053 2
PECTRYL®