

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° W21-619584

22873
CA
Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 6847	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BAHAFID NOURDINI N/		
Date de naissance : 01/01/1965		
Adresse : Rue Bitinella		
Tél. : 0668172990	Total des frais engagés : 2 560 Dhs	

Autorisation CNDP N° A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Médecin Spécialiste en Psychiatrie Bd. Abou Bakr El Kadir Résidence Nam imm 7 Appt. 2 - 1er Etage Sidi Maarouf Casablanca - Tél. : 05 22 78 44 36		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 14/04/2021			
Nom et prénom du malade : BADOU KHADIJA	Age : 49 ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection psychiatrique			
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 : 14/04/2021
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-619584
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
14/04/2021	CNPJ		# 300 DH	INP : Dr. AOUAR M'hamed en Pratique Medecin Spécialiste En Radiologie et Endodontie Bd. Aoua Bak El Kaci 2100 Casablanca Tél. 05 22 33 57 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. AOUAR M'hamed	14/04/21	2240,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. AOUAR M'hamed			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

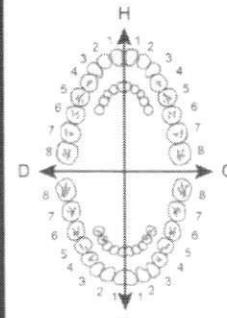
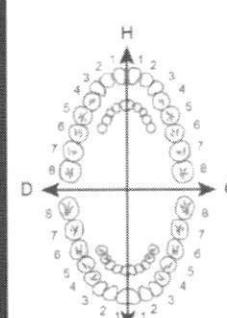
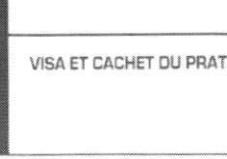
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 :								
												
												
ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	G	35533411 11433553	B		
H	25533412 21433552											
D	00000000 00000000											
G	35533411 11433553											
B												
												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Anwar M'hamed Yassine

Médecin Spécialiste en psychiatrie

Diplômé en thérapies cognitives et comportementales

Diplômé en addictologie

Ancien médecin interne en France



للدكتور أنوار محمد ياسين

طبيب إختصاصي في الأمراض النفسية

أخصائي في العلاج السلوكي والمعرفي

أخصائي في طب الإدمان

طبيب داخلي في فرنسا سابقًا

ORDONNANCE

Casablanca, le

14/04/2011

PHARMACIE EL HADDAOUI 29
Dr. Lamine Sidi Maârouf
BADOU KHADIJA
Casablanca
Tél. : 05.22.23.57.74

① Madogepin 10mg 1sp-
Dr. Lamine Sidi Maârouf
Tél. : 05.22.23.57.74

② Risperidon (Solution buvable)
2ml le matin et 1ml le soir

Traitemen de deux Mois

1 = 2240,00

Dr. Anwar M'hamed Yassine
Médecin Spécialiste en Psychiatrie
Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm. 7, Appt. 2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca
Tél. : 05.22.78.48.36 E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com

شارع أبو بكر القادري، إقامة النعيم، عمارة 7، الشقة 2، الطابق الأول، سيدى معروف، الدار البيضاء

Bd Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm. 7, Appt. 2, 1er étage, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél. : 05.22.78.48.36 E-mail : dr.anwar.psychiatre@gmail.com

LOT: 039
PER: AVR 2023
PPV: 291 DH 00

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH
6 118001 182631

LOT: 035
PER: DEC 2022
PPV: 291 DH 00

Maphar
Bd Alkima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH
6 118001 182631

LOT: 038
PER: AVR 2023
PPV: 291 DH 00

Maphar
Km 0, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH
6 118001 182631

LOT: 039
PER: AVR 2023
PPV: 291 DH 00

Maphar
Km 0, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Risperdal 1mg/ml sol b 60ml
P.P.V : 269,00 DH
6 118001 182631