

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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° W21-658168

ND. 98 384. 9738

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9238	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAM ROMAI AZI 24			
Date de naissance : 28-04-74			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 14.29 + 600 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2C19	Cadre réservé au Médecin		
	<p>G. BENJELLOUN Professeur En Redopsychiatre</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : 28/12/2021</p> <p>Nom et prénom du malade : BENJELLOUN SETHMANE</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Soignant <input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : ALZHEIMER</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>		

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 : AGADIR

Le : 03/12/2022

Signature de l'adhérent(e)

CHAM ROMAI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28.12.21	cspsy		6000F	INR: 1091016261 G. BENJELLOUN Professeur En Pédiopsychiatrie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PIERRE & CASABLANCA 436642	28/12/2014	1431,3001

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adionction]

Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

A 3D coordinate system is shown with three axes: D (left), G (right), and H (up). The axes are represented by arrows originating from a central point. The D-axis points to the left, the G-axis points to the right, and the H-axis points upwards.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Casablanca, le 28/12/2021

Bruxelles 07/06/2022

18/10/23

Bruxelles 20/10/23

28.10.23

Bruxelles 20/10/23

14/11/23

PHARMACIE DES STADES
50, Rue Al Foughrat, Casablanca
Tél: 05 22 25 49 15
RC: 245509 - Pte: 358773067

G. BENJELLOUN
Professeur En
Pedopsychiatrie

28/10/23

TuneLuz®

fluoxétine

20 mg

30

Gélules

LOT 216639

EXP 06/24

PPV 189DH10

Voie Orale



TuneLuz®

fluoxétine

20 mg

30

Gélules

LOT 216639

EXP 06/24

PPV 189DH10

Voie Orale



افريـكـ فـارـ
AFRIC-PHAR

TuneLuz®

fluoxétine

20 mg

30

Gélules

LOT 216639

EXP 06/24

PPV 189DH10

Voie Orale



افريـكـ فـارـ
AFRIC-PHAR

PRISDAL®

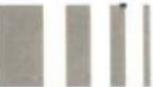
Rispéridone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00



30 comprimés pelliculés

Voie orale

Rispéridone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00



30 comprimés pelliculés

Voie orale

Rispéridone

LOT 0102086

2 mg

EXP 02/24

PPV 288DH00



30 comprimés pelliculés

Voie orale