

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 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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-681478

106704

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : veuve

Nom & Prénom : JAGHJOUCH Zohra Veuve N45

Date de naissance : 1941

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661749545 Total des frais engagés : 3007872,70 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 : 28/2/22

Nom et prénom du malade : Jaghjouch Zohra Age : 1948

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 : 28/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
28/2/22	C3		300,00	INP : 0911111971 Dr. MEHDAOU M'Barek NEUROPSYCHIATRE P.3 Rue Yemen-CASA 0022 45 06 45

Dr. MEHDAOUI M'Barek
NEUROPSYCHIATRE
33, Rue Yemen-CASA
Tel: 0522 31 64 75 - 0522 45 08 45

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SOUFANE</p> <p>Boite K. Rue 154 N° 3/25</p> <p>El Oulfa - Casablanca</p> <p>Tél. : 05 22 89 09 63</p> <p>F : 000500246000026</p>	28/02/22	872,70

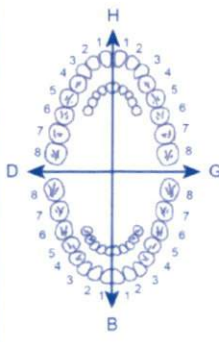
[illegible]

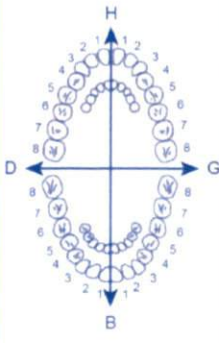
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													

O.D.F. PROTHESES DENTAIRE	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table><tr><th>H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th>B</th></tr></table>				H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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، زقة اليمن - زاوية شارع 11 يناير

(زقة الجندي جوفانسيل سابق)

الهاتف : 0522 45 06 45 / 0522 31 64 25

الدار البيضاء

Casablanca, le 28/2/2022 في الدار البيضاء،

M. Laghough Zohr

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe : Rue 154 N° 23/25
El Quta - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E. : 000500246000026

✓ 16666580

204,00 x 3

Alfonso

1/2 cm / 10 cm

✓ 16666581

18,40 x 12

Examen

✓ 16666582

13,30 x 3

1. café maki 15 cm

Astoria

1/2 cm 10 cm

T. 872,70

Traitement Givus

DR MEHDAOUI M'barek
NEURO-PSYCHIATRE
33, Rue Yemen - Angle Bd. du 11 Janvier
Tél. : 0522 31 64 25 - 0522 45 06 45

LOT : 21E009
PER.:07 2024

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
6 118000 060314

ALPERIDE® 200 mg
AMISULPRIDE
30 comprimés sécables
6 118000 121558

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

LOT : 21E009
PER.:07 2024

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
6 118000 060314

LOT : 21E009
PER.:07 2024

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
6 118000 060314

ALPERIDE® 200 mg
AMISULPRIDE
30 comprimés sécables
6 118000 121558

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

204,00

18,40

18,40

18,40

204,00

18,40

18,40

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

ALPERIDE® 200 mg
AMISULPRIDE
30 comprimés sécables
6 118000 121558

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

18,40

204,00

18,40

18,40

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743

18,40

18,40

18,40

18,40

Tranxène 5 mg
30 gélules
6 118000 011743