

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-687278

112556

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6306	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abrialia Thalae
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0664108433		Total des frais engagés : 990,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
MUPRAS			
Cachet du médecin			
20 AVR. 2012			
Rita KHAYAT			
Médecin-Psychiatre Psychanalyste			
131, Bd. d'Anfa - Casanlaca - Maroc			
Tél. : +212 522 270 907 - Fax: +212 522 205 493			
Email: ritakhayat@gmail.com			
25 FEV. 2022			
Naïma Nadili ap A2Nim			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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.

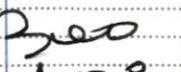
Fait à :

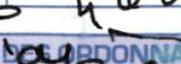
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 31/01/2022

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
25 FEV. 2022	VC	100	100	INP : 

(3) 


Dr. Ghita EL KHAYAT
 Médecin-Psychiatre Psychanalyste
 131 Bd. d'Anta Casablanca - Maroc
 Tel: +212 522 201907 - Fax: +212 522 205493
 Email: dr_khayat@gmail.com

EXEMPTION DE POURNOIEMENTS

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dounia El Wifak SARL N° 209 Rue 64 El Wifak El Oulfa Casablanca Tel: +212 522 91 51 34	25/02/22	590,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

INP : 

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DEBUT D'EXECUTION 

FIN D'EXECUTION 

ODF PROTHESES DENTAIRES

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX 

MONTANTS DES SOINS 

DATE DU DEVIS 

DATE DE L'EXECUTION 

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

(94,00 x 3)

282,00

2.

Biodelta forte
1cp soin

2 mes

S.V

Pharmacie Dounia Eratia SARL AU
N° 299 Rue 64 El Wifak 3
El Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 91 51 34

Dr Ghita EL KHAYAT
Médecin-Psychiatre Psychanalyste
131 80 00 00 00 Casablanca - Maroc
05 22 23 22 27 0 90 Fax: +212 522 205 493
Email: rita_khayat@gmail.com

T: 590,80

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80

6 118000 011552

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80

6 118000 011552

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80

6 118000 011552

TANAKAN 40MG/ML
SOL BUV FL 30 ML \otimes
P.P.V: 67DH80

6 118000 011552

LOT	PER	PPV	LOT	R.L.	Alleinagne
		38,80			
				PPC: 94 DH ES.5.246.16	
					 PPC: 94 DH ES.5.246.16