

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.

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° W21-681466

124609



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 252

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : *Véhicule*

Nom & Prénom : *JAC. JOURC. H. 2011*

Date de naissance : 1941

Adresse : *Mabitane*

Tél. 066 174 95 45

Total des frais engagés : 350,00 + 899,30 Dhs
1249,30

Cadre réservé au Médecin

Dr. LYAZIDI Abdelkrim
Neuro Psychiatre
83, Bd. 11 Janvier - Casablanca
Tél. : 05 22 44 36 50

Cachet du Médecin :

Date de consultation : 18/01/2022

Nom & prénom du malade : *JAC. JOURC. H. 2011*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Psychose chronique*

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.

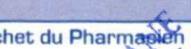
Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

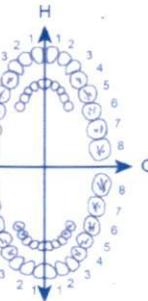
Le : 01/01/2022

Autorisation CNDPA : A-215/2019

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
18-7-69	3	3	300	INP : 091197001 Dr LYAZIDI Abdelkrim Neuro Psychiatre 83 Bd. 11 Janvier Casablanca 22 44 36 50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ARMÉE DE LA SANTÉ 134, Rue de la Souffrance 13006 Marseille Tél. 02 22 00 00 65 Fax 02 24 60 00 28	18/07/20	899,30

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE								
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
				INP : <input type="text"/>				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> B <input type="text"/> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000
25533412	21433552							
00000000	00000000							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

Docteur LYAZIDI Abdelkrim

NEURO - PSYCHIATRE

(Ex. Médecin du C H U Avicenne
de Rabat)

83, Bd. du 11 Janvier - CASABLANCA

(à Côté du Cinéma Colisée)

Tél. & Fax : 0522.44.36.50

Sur Rendez-Vous

الدكتور اليزيدي عبد الكريم

طبيب نفساني

اختصاصي في الأمراض النفسية

والعصبية وأمراض الرأس

(طبيب سابق بالمركز الصحي

الجامعي ابن سينا بالرباط)

83, شارع 11 يناير الدار البيضاء

(جناح سينما كوليزي)

الهاتف والفاكس : 0522.44.36.50

بالميعاد

0661 852409

Casablanca, le

18.7.2020

الدار البيضاء في 52966

7 - SAGH TOUGH

ZOHRA

204,00 x 3

10 - AL per le doz



11 - el 20
11 - Tranxem 5

el 20

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe KAR 154 N° 23/25
EL DULFA - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 67
I.C.E : 000500246000026

18,40 x 12

2 - Tranxem 5

el 20

13,30 x 5

1 - Arzam 5

el 20

T = 899,30

Dr. LYAZIDI Abdelkrim
Neuro Psychiatre
83, Bd. 11 Janvier - Casablanca
Tél. : 05 22 44 36 50

Durée de Traitement

06 m

A Revoir le

06 m

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
LOT : 22E004V
PER.03.2025
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
LOT : 22E004V
PER.03.2025
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
LOT : 22E004V
PER.03.2025
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
LOT : 22E004V
PER.03.2025
6 118000 060314

ARTANE 5MG
CP B20
P.P.V : 13DH30
LOT : 22E004V
PER.03.2025
6 118000 060314

P.P.V 13DH40
LOT 21E002
PER 09/24

18,40€

18,40€

18,40

204,00

204,00