

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-723571

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 10304	Société : RAM	<input type="checkbox"/> Autres ND
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : veuve de Messaoudi Idrissi Mohamed
Nom & Prénom : veuve de Messaoudi Idrissi Mohamed		
Date de naissance :		
Adresse : N° 1 Immeuble 17 Résidence Chabab Ain Sebaâ Casablanca		
Tél. : 0643 9601 02	Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> DR YACOUBI Fatima Zainra Psychiatre 27 Hsl Chabab Zone A Appt. 1 Ain Sebaâ Casablanca Tél. 0522 7597 198 </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 21.07.2022		
Nom et prénom du malade : MIERZ CONKI IDRISI IBTHAL 16		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : affection psych		
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

Signature de l'adhérent(e) : J.A. date : 21.07.2022

Le : 21.07.2022



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
21/07/2022	CNP S.Y.		4000 Dhs	491237198

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'ASSA Généraliste - Immeuble N° 10 - Casablanca Tél. : 05 22 15 91 16	21/07/22	380.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	

DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom : ZAHRA FATIMA IDRISI

Date : 21.07.2022

Zahraoui

LOT : 358
PER : OCT 2023
PPV : 126 DH 80

LOT : 367
PER : JAN 2024
PPV : 126 DH 80

LOT : 355
PER : OCT 2023
PPV : 126 DH 80

126,80 x 3. → 380,40

1 - No - Sep opSo (S)

0 — 0 — 1.

PHARMACIE CHABAB CASA
sarl au
Chabab imm. 4A Mag N° 37 / 38
Ain Seba Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 99 14

Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre
F7 Hay Chabab Zone A Appt. 1
Ain Seba - Casablanca
Télé : 0522 75 97 77
Mobile : 091237198

tir de l'avis



05.22.75.97.75 / 06.54.25.09.58



fatimzahra.yacoubi@gmail.com - ICE : 002267326000062

② F 7, Hay Chabab Zone A, Etage 1, Appt. 1, Ain Seba (Au-dessus de ACIMA Bernoussi) - Casablanca