

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° W21-786794

156189

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10304		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input checked="" type="checkbox"/> Autre :		<i>Veuve Merzouki Idrissi Mohamed</i>	
Nom & Prénom : <i>Veuve Merzouki Idrissi Mohamed</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0643960102		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. YACOUBI Fatima Zahra Psychiatre F7 Hay Chabab Zone A Appt. 1 Ain Sebâa - Casa T61 : 0522 75 97 75 INPE : 091237198			
Date de consultation : 11/02/2023			
Nom et prénom du malade : MERZOUKI IDRISI HAL			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affect non psy			
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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



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
11/02/2023	CP Subject	Dr. YACOUBI Fatima	INP : 091237198	Jr. YACOUBI Fatima Psychiatre Hay Chabab Zone A Appt. 1 Sebaa Casa Tel. 0522758771 INPE : 091237198

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHIBAL	11/02/23	507,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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.

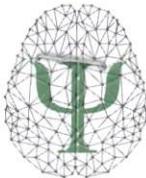
Important :

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 : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
<				

Dr. YACOUBI Fatima Zahra

Psychiatre - Psychothérapeute
Psychiatrie de l'enfant, l'adolescent
et de l'adulte - Addictologie
Thérapie Comportementale et Cognitive



د. يكوبى فاطمة الزهراء

طبية أخصائية في الأمراض النفسية والعقلية
الطب النفسي للأطفال، المراهقين والكبار
طب الإدمان
العلاج السلوكي المعرفي

Nom : JBTIHAZ

Date : 11.02.23

Deyouki Idnissi

190,80 x 4

1 - No. dep CP06 - 8

0 - 0 - 1

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

LOT : 391
PER : MAI 2024
PPV : 126 DH 80

LOT : 400
PER : SEP 2024
PPV : 126 DH 80

LOT : 398
PER : SEP 2024
PPV : 126 DH 80

S.I.

507120

PHARMACIE CHABAB CASA
Hay Chabab Zone A Appt. 1
Ain Sebaâ Casablanca
0522 75 97 75
0522 75 99 34

Dr. Fatima Zahra
Psychiatre
Hay Chabab Zone A Appt. 1
Ain Sebaâ Casablanca
Tél : 0522 75 97 75
Mob : 091237198

ET de 03