

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-786778

169729

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **10304**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **Merouane de Mergouabi Idriss Mohamed**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 43 96 01 02**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/05/2023

Nom et prénom du malade :

Merouane de Mergouabi Idriss

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection psychologique

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) :



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
12/05/2023	CP 50	1	30000F	INP : 091237198

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE CHABAB CASA SIDI BOU SAID 37/3A El-Sabaa Benoussi Casablanca Tél : 05.22.75.59.16</i>	12/05/23	<i>PHARMACIE CHABAB CASA SIDI BOU SAID 37/3A El-Sabaa Benoussi Casablanca Tél : 05.22.75.59.16 697.40</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

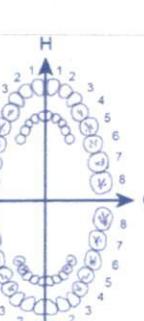
NON ADHERENT

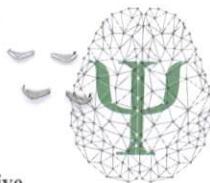
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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 _____
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553
				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				



Nom : IBTI HAL IDRISI

Date : 12.05.23.

LOT: 405
PER: SEP 2024
P/N: 126 DH 80

LOT: 407
PER: SEP 2024
PPV: 126 DH 80

LOT: 426
PER: DEC 2024
PPV: 126 DH 30

126.80 x 3.

- No - dep CP ~~Songs~~

$$0 \quad - \quad 0 \quad - \quad 15$$

99.00 x 2

2. ΔC_2

P.P.C : 99 DH
Dluto: Lot :
12/25 M340H

P.P.C : 99 DH
Duo: Lot :
12/25 M340H

PHARMACIE CHABAB CASA

1a2.

3 - Oreskivit

Dr. YACOUBI Fatiha
Psychiatre
Chabab Zone A Appartement 5
Téléphone: 0522 76 00 00

tit's hwo's.

 fatimzahra.yacoubi@gmail.com - ICE : 002267326000062

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

4 - D-stress ..
MRS.00 **M'S**

P.P.C : 110.0H
Duo: Lot:
10/20 US 10/22

0 1

697.40.

PHARMACIE CHABAB CASA
~~Chabab, Immeuble 4A Mag N° 37 / 3A
Sidi Sebaa Bernoussi Casablanca
Tél : 05 22 75 59 18~~