

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W21-823728

190964

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10304

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Youssef de Mergouabi Idrissi Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0643960102

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19092023

Nom et prénom du malade :

M2020001 IDRISI IBTIAL

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Caffecte 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.

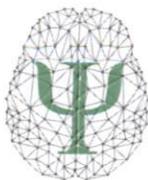
Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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.																	
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient													
				INP : <input type="text"/>													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>													
				Montants des soins <input type="text"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <input type="text"/>													
	ODF PROTHÈSES DENTAIRES		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
B		00000000	00000000														
G		35533411	11433553														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>														
			Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	



Nom: IBTIHA Dergoulis

IDRISSI

Date: 20.10.23

126.80 x 3 S.V

1- No - sleep disorders.

LOT: 426
PER: DEC 2024
PPV: 126 DH 80

PER: JUN 2025
PPV: 126 DH 80

LOT: 440
PER: AVR 2025
PPV: 126 DH 80

6217
24/11/23
PHARMACIE CASABLANCA
Chef Chabab, 15
Ain Sebaa, Casablanca
Tél: 05 22 75 59 14

Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre
7 Hay Chabab Zone A
Apt. 1
Tél: 05 22 75 59 14
IMPE: 091237105

PHARMACIE CASABLANCA
Chef Chabab, 15
Ain Sebaa, Casablanca
Tél: 05 22 75 59 14

SWL

tit de 04 mois



05.22.75.97.75 / 06.54.25.09.58



fatimzahra.yacoubi@gmail.com - ICE : 002267326000062

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

2 - Dr Stress V

MG.W X5

P.P.C : 119 DH

Diuo: Lot: 12/25 DS12/22

P.P.C : 119 DH

Diuo: Lot: DS01/23 01/26

P.P.C : 119 DH

Diuo: Lot: 10/25 DS10/22A

P.P.C : 119 DH

Diuo: Lot: 10/25 DS10/22A

P.P.C : 119 DH

Diuo: Lot: 0/25 DS10/22A

ter de oel

975.40

YACU
PSC/Incite
Zone A
Appt: 7
6/63
Cesa Tel: 0522 76 977

PHARMACEUTICALS
CHABAB (LASH)
G/1 Chabab
Tun. 100
Ap. 05 22 76 977
In: 05 22 76 977