

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.

Medecine 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.

Education :

- 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

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° P19- 0013769

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00644 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEGGAG ISSAM Date de naissance : 21/04/1981
Adresse :
Tél. : 0621 02 43 81 Total des frais engagés : 2566,20 Dhs
0522 56 18 99


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12/09/2019
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Schizophrénie
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) : MEGGAG
Le : 24/09/2019

RELEVÉ 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
12/10/19	C3		42000	
2019	1054			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/9/19	2566,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

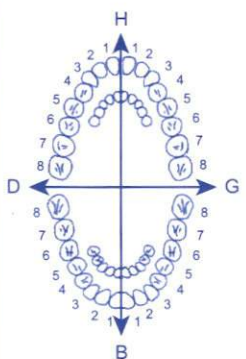
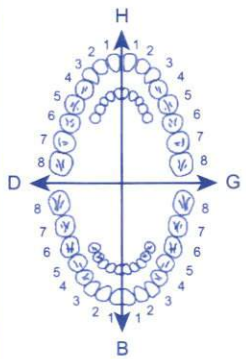
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Benjelloun Touimi Jamal
Neuropsychiatre & Psychothérapeute
Sexologue

Thérapie du Couple

Adulte et Enfants

Electroencephalographie

الدكتور بن جلون التومي جمال

إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية

الأمراض الجنسية والصعوبات الجنسية

العلاج والتحليل النفسي

التخطيط الكهربائي للدماغ

الكبار والأطفال

Casablanca; le :

12/09/2019

الدار البيضاء في :

Meggy Issam

57,30 x 18

2 cp. 3h / 18

17,10 x 18

2/ Long del 10 = 2 cp. 3h / 18

13,80 x 15

1/ Hal 10 22 60 / 60 / 60

204,00 x 5

4/ Alpà. 10 20 1 - 1 / 2

203, Bd. Zerkoutouni - (Près de Twin Center) - 4° Etage - Casablanca - Tél : 0522 95 01 36 / 0522 95 01 37 - Fax : 0522 95 01 37

Email : benjellount@menara.ma

2566,20

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

Haldol® 2 mg/ml

15 ml solution buvable



6 118000 010753

LOT : MA005
FAB : 02 2018
PER : 01 2023

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC 820
P.P.V. : 57DH30

6 118000 060482

LOT : 8MA008
FAB : 02 2018
PER : 01 2023

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V. : 57DH30

6 118000 060482

LOT : 0MA008
FAB : 02 2018
PER : 01 2020

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 57DH30


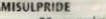
6 118000 060482

LOT : 646632
FAB. : 10/2016
PER. : 09/2021

LARGACTIL 100 mg
30 Cp pel séc.

P.P.V. : 17DH10

6 118000 012375

ALPERIDE[®] 200 mg 
AMISULPRIDE
30 comprimés sécables

6 118001 200917

002319 0122
PPV 204 DH00