

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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° P19-0032870

CRAN

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société : MUPRAS RECEPTIONS

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : NOU REDDINE

Nom & Prénom : ABAOUS

Date de naissance : 05/01/82

Adresse : Bloc R n° 16 DEROUA

Tél. : 0668444740 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Youssef MOH
Psychiatre - Psychothérapeute
15, Bd. Mohamed V - Al Yousr 1
1er Etage 2610C Serrechid
Tél. 0522 33 66 11 Gsm 0662 47 15 92

Date de consultation : 04 SEP. 2019

Nom et prénom du malade : BEL KHADRA Haliba Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Trouble de l'humeur

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 : 08/10/2019 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[Signature]

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
04 SEP 2019			320,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de pharmacie ou de fournisseur

Date

Montant de la facture

388,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

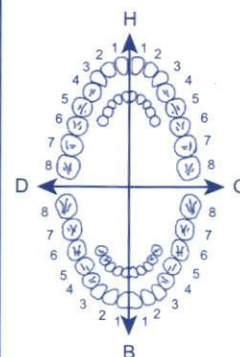
Coefficient

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

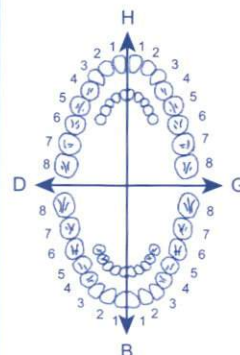
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Youssef MOHI

Psychiatre-Psychothérapeute

Ex-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Berrechid

Consultation sur rendez-vous

الدكتور يوسف موحى

أخصائي في الطب النفسي و العلاج النفسي

المدير السابق بمستشفى الأمراض العقلية ببرشيد

بالموعد



L.N.P : 061 01 19 53



061 01 19 53

ORDONNANCE

Nom: Belkhadra H2 Salou

le : 04 SEP. 2019 /20

LOT: 239
PER: AVR 2021
PPV: 126 DH 80

LOT: 239
PER: AVR 2021
PPV: 126 DH 80

126.80 x 2

No de p r

3670

1 ANXIS 6 J

1/4 - 1/4 - 1/2

98,30

Allymud 30

LOT 181780
EXP 11/2020
PPV 36.70DH

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

98,30

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au

Bloc U N° 1 Deroua

Tél: 05 22 53 20 83

388,60

14 : (02) Deux

de 04/11/2019 à 09/11/2019

15 Bd Mohamed V Lot Your, 1er étage

26100 Berrechid - à coté de la CNSS

15 شارع محمد الخامس تجزئة اليسر الطابق 1
26100 برشيد - قرب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

+212 (0) 5 22 33 66 11- +212 (0) 6 62 47 15 92 - cabinetdrmohe@gmail.com