

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, soins extraactions multiples, parodontologie, 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.

Reéducation :

- 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 canaux, 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 canaux.

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. Brève en charge : peg@mupras.com
- 0. Adresser et changement de statut : adresse@mupras.com

MUPRAS est une entreprise à but non lucratif. Elle a pour but de promouvoir la santé et le bien-être de ses adhérents. Elle est agréée par le Ministère de la Santé et du Travail.



Déclaration de Maladie

N° W19-490927

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

09622

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

SATTI Abdennan

Date de naissance :

1959 /

Adresse :

Tél. 06.88.56.31.33

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												

Date de dépôt : Montant engagé : Nbre de pièces jointes :		Mle :
---	--	-------------

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-348056	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-348056

DATE DE DEPOT

20/11/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 09622	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		SATTI Abderrahman	
Fonction	Retraité	Phones 0688563133	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient Naima el bakkali	
Adhérent	☐ Conjoint ☒ Enfant	Age 55 ans	Date 24-9-19
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
polype foveol puppes + sépiola			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
non			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
c	c1	200 Dh	
PHARMACIE		Date 27-09-2019	
Montant de la facture		861,50	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Dr Laila RAISSOUNI
Neurologue
Ardes FAR IMM 13 Ave 2-Tetouan
Tél: 05 39 99 09 82

Pharmacie BIROUNI
Akbia AKTAOU
PHARMACIENNE
102, Av. Abdelkhalak Torres - Tetouan

Dr. Laïla RAISSOUNI

NEUROLOGUE

Diplômée de la Faculté de Médecine

de Rabat

EEG - EMG

INPE : 161165808



الدكتورة ليلى الريسوني

اختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب بالرباط

الفحص الكهربائي

Tétouan Le : 27/09/2019

EL BAKKALI NAIMA

- Fluoxet 20 mg

1 Gélule, matin, pendant , 3 mois

- Becidouze

1 Dragée, matin, midi, soir, pendant 1 mois

- Solupred 20 mg

2 comprimés, matin, après les repas, pendant , 10 jours

- Oedes 20 mg

1 Gélule, matin, pendant , 7 jours

- Vitanevril fort

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 1 mois

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2022
LOT 91003 1

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 11/2021
LOT 84080 4

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 05/2022
LOT 91003 1

Dr. Laïla RAISSOUNI
Neurologue
Pharmacie BIROUNE
Rabat AKTAOU
PHARMACIENINE
102, Av. Abdelkhalak Torres - Tétouan
Tél : 05 39 97 30 10

شارع الجيش الملكي، عمارة 73 ، (الرزيني) الطابق الأول رقم 2 - تطوان
Av. des Far, Imm 73 (Rzini) 1^{er} étage N°2 - Tétouan
Tél: 05 39 99 09 82 : الهاتف

180,00