

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.

Diagnostique 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.

Educations :

- 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.

Prothèse 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° P19-0040629

ND: 31636

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2057 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAOUI SAOUI

Date de naissance : 22/06/53

Adresse : Route de Firdaous - CASABLANCA

Tél. : 06 61 33 87 81 Total des frais engagés : 1074,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2020

Nom et prénom du malade : MR SAOUI SAOUI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

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 : 10/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
			350 dh	<i>[Signature]</i>

Dr. NOUAMME BOUAYAD
 11, Rue Kergomar, Résidence Anbar
 Casablanca - Tél. 0522 66 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIREDJ Roukia 5-16 Rue Kergomar, Résidence Anbar Casablanca - Tél. 0522 79 79 01	10/06/2008	224,57

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

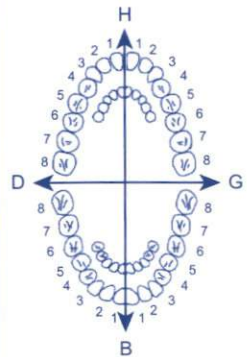
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

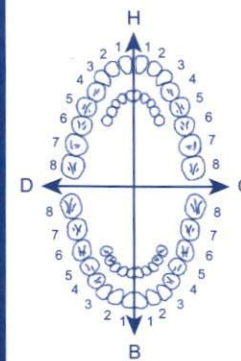
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT 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'EX



Dr Nouama ZÉROUALI

د. نعمة أنزروالي

Psychiatre

Médecin spécialiste de la santé mentale

Psychothérapeute

Thérapie cognitivo-comportementale

Addictologue

طبيبة أخصائية

في الأمراض النفسية و العقلية

العلاج النفسي

العلاج السلوكي التعرفي

الإدمان

Casablanca Le : 10/06/2020

Dr SLAMOU JABRANO

180,00 x2

1

Fluoxet 20 mg gel

1 gel le matin (03j)

47,90 x2

2

peris 2 gel le mat

Azafranil 2 mg

2 x le soir.

Serofen 300 mg

1 x le soir

Stilux 12 mg

1 x au coucher

724,50

3135

PHARMACIE SIDI ABDELLAH BERRAHMANE
SKIRREDJ ROUKIA
15 - 16, Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tél. 022 79 79 01

PHARMACIE SIDI ABDELLAH BERRAHMANE
SKIRREDJ ROUKIA
15 - 16, Rue Kergomar
Résidence Ambar - Casablanca
Tél. 022 79 79 01

Durée de traitement :

Tél. : 05-22 86 17 31

Email : dr.nzerouali@gmail.com

11 زنقة أبو حسن عسكري (لاهورى سابقا) إقامة كنزي الطابق 1 الشقة 1 الدار البيضاء
11, Rue Abou hassan Askari (ex rue lavoisier), Residence Kenzi, 1er étage, Appt. 1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca

Fluoxet® 20 mg

30 gélules



6 118000 021681

Anafranil® 25 mg

30 dragées



6 118000 220015

Anafranil® 25 mg

30 dragées



6 118000 220015

STILNOX® CR 12,5 mg

28 comprimés

à libération contrôlée



6 118000 061823

STILNOX® CR 12,5 mg

28 comprimés

à libération contrôlée



6 118000 061823

TARAXET® 25 mg

Hydroxyzine

30 Comprimés pelliculés
Film-coated tablets



6 118000 022954