

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="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° P19-

135945

054531

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 8486

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETTIBI MOHAMED

01/01/1960

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1655,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور عاصي انصواب
أخصائي في الطب النفسي والمقلي
شارع أم الربيع الفردوس العماره 30
الرقم 2 الحى الصغير
0522 90 59 70

Date de consultation : 15/09/2012

Nom et prénom du malade : HABIB NINA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

et est psychopathe log. C. NINA

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
15/09/22	S	1	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/09/22	655,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B
				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR FATIMA ASOUAB
SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE
& PSYCHOTHÉRAPIE
LISTE EN SANTÉ PUBLIQUE ET ADDICTOLOGIE



دكتورة فاطمة أصواب
أخصائية في الطب النفسي و العقلي
أخصائية في الصحة العمومية و طب الإدمان

R11

Casablanca, le : 15/09/22 Ordonnance

Der Laubholz-Näme

83,70 ~~st~~ Drexel St. S.V.

Mes de mes - o -

Земан 6 

$$\gamma_{248} - \gamma_{248}^* = 1248$$

✓ 655,30

Pharmacie MENJRA
Dr. A. MENJRA Semir
16, Avenue du 1er Novembre Casablanca
Téléphone : 052 44 49 03

Fatima ASQUAB
Medium Psychotré
Rabbi Im 30 122 Al Firdache
Assani - Tél: 0522 90 59 70

RDV Le : A

Bd. Oum Rabii Lot. AL Firdaous Imm N° 30 Appt 2
El ouffa - Casablanca - TEI. : 05 22 90 59 70
INPE : 091184226

شارع أم الريبع تجزئة الفردوس عمارة 30 رقم 2
الآلفة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 90 59 70
ICE: 001922358000064