

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 434	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEFATAH FOUZIA ZAKIA MACHMOUR BAH			
Date de naissance :			
Adresse : HABIT			
Tél. 06 51 91 20 83 Total des frais engagés : ..... Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 07/02/2023			
Nom et prénom du malade : M. ECHCHOUR			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : psychiatrie			
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 : 07/02/2023

Le : 20/02/2023

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
7/02 2023	col psy		400 186	Dr. SEMCHA Psychiatre Psychothérapeute 44 Rue Tarabous (ex. Lamorticelle) Mers-Su valence Tel 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <del>EL WAFAH</del>	<u>01</u> <u>02</u> <u>2013</u>	 <u>54830</u>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">H</td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	D	00000000	11433553	B	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
00000000	00000000	00000000													
D	00000000	11433553													
B	35533411														
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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**

Dr. Semchaoui Amel

## Psychiatre

## *Psychothérapeute*

*Diplômée de la Faculté de*

*Médecine de Bordeaux*

*Experte Assermentée auprès des tribunaux*

### *Sur Rendez-vous*

11' Nechhaan Hansa  
435,00 Duct. spm. N  
Leyser 100

113,30

## Depoknechro

548130

1 cpl ~~le~~ sst

SEMCHAOUI Amel  
Psychiatre Psychothérapeute  
Mars Sultan  
Télé: 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18

+ patient 01 has



42، زنقة طراليس (المورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء

42, Rue Tarabrousse (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca

الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

الفاكس : 05 22 22 81 34