

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-761892

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 7875 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : X 850

Nom & Prénom : LOTIFI SALADA

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Total des frais engagés : 400 f 385,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 7/04/2023

Nom et prénom du malade : LOTIFI SALADA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

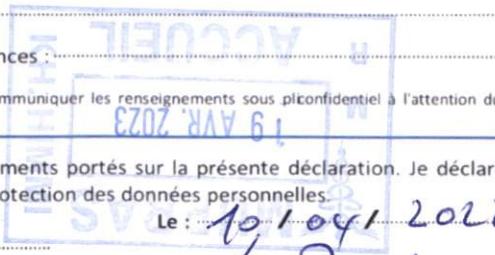
Nature de la maladie : Psychiatrie

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 : _____ Le : 19 AVR 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
7/14/2023	consultation		400	400
				DOUBLER LE EXEMPT DE MENSUALITE : 05/22/2024
				TOUJOURS EXEMPT DE MENSUALITE : 05/22/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULAIKA YOUSRA LAHSAABI LAHLOU Rés «Les Jardins de California 2 ^e Bd. de Fes Imm 1 California Casablanca Tel. 05.22.21.98.94	7.4.23	385,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
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
Expertise Assermentée auprès des tribunaux
Sur Rendez-vous

L^{me} Lotfi Saida

83,70 x 3 Dernier 25 cm x 20 cm

35,70

Alprazolam 0,50

1/2 comprimé

98,30

Asthenil 30

1/2 comprimé

385,10

1/2 comprimé

total 1050,00

*خريجة كلية الطب ببرود
محلقة لرى السجانى*

لرعد

98,30

35,70



*Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre Psychothérapeute
Alprazolam 0,50 mg x 30
Asthenil 30 mg x 30
Mers Sultan Casablanca
Tél. : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18*

*07 AVR 2000
PPV*

35.70

98.30

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27

104/27