

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1328 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU Abdesslam

Date de naissance : 01/01/97

Adresse : 17 Rue Messaoud Ben Youcef Oued Laayoune

Tél. : 06 63 33 28 66 Total des frais engagés : 1614 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél : 0522 051 512 / 0522 051 513
Fax : 0522 051 530
INPE : 091137646

Date de consultation : 11 Octo 2023

Nom et prénom du malade : LAHLOU Abdesslam Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Sd septembre

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 : 01 NOV. 2023

Signature de l'adhérent(e) : *S. Lahiou* Le : 01 Nov. 2023



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
11 Octo 2023	Chirurgie		400.00	Dr TAYAL M. HACHUM CHIRURGIEN PSYCHIATRE Clinique Ville des Lilas Tél : 01 51 51 05 22 / 05 22 05 15 13 Fax : 01 51 52 05 22 INPE : 081337646

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Signature)</i>	11-02-2023	T = 1214.90

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

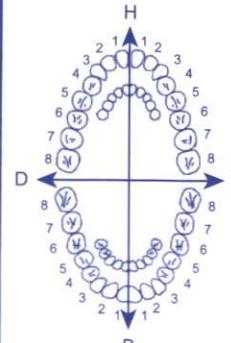
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

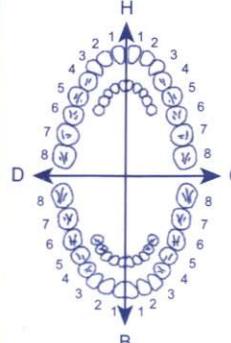
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le **11 octobre 2023**

Mr. LAHLOU ABDESLAM

SOMNAT

1 cp le soir

EXTRAMAG

1. gel le matin

TUNELJZ 20 MG GEUULE

1 cp le matin

STABLON 12.5 MG COMPRIME ENROBE

1 cp le matin, 1 cp le soir

Traitements pendant 4 Mois

399369-
41 : 05/23/98
32960411
Bound 12
ed. Aeronautics
Society of Canada
LBS JARDINS
ACB/NB/SAL Au

Dr T
Mois
Dr TYAL M. Hachem
Psychiatre
Clinique Villa des Lilas
Tél.: 0622 051 512 / 0622 051 510
Fax: 0622 051 510 / 0622 051 510
E-mail: hachem@wanadoo.fr

~~ANIRACIE LES JARDINS
L'OCEAN BAY Srl AU
ROUTE D'AMMOUR KM 1
BOUlevard Casal Theda
05 22 29 08 29
05 22 29 08 29
05 22 29 08 29~~

MS G3

RDV le 07-02-2024 à 14h15

