

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

- 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

170870

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10397

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

E MARCHAOU HASNA

Date de naissance :

12-07-1974

Adresse :

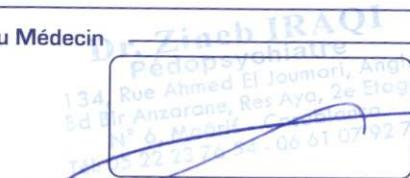
Jmaa El Fiqh El Moudawine - Casablanca

Tél. : 05 22 20 45 45

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25/07/2023

Nom et prénom du malade : Amin Bajdadi Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Inceps. de compot. I

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 25/07/2023

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
25/07/13	1		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
Mamoun GERALD MASSAII Psychomotricien Tél. : +221 6 36 11 17 15	28/07/13	20				20x300=6000 Davis
Mamoun GERALD MASSAII Psychomotricien Tél. : +221 6 36 11 17 15	28/07/13	20				6000 facture

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
<img alt="				



Casablanca, le : 25/7/23 الدار البيضاء في :

Amin Bajed:

—

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre
Psychomotricien

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle
Bd Bir Anzarane, Res Aya, 2^e étage
N° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

Marama BENALI HASSANI
Psychomotricien
Tél. : +212 6 36 11 17 15



Casablanca le 11 novembre 2023

Dispatching des séances de prise en charge :

Planning des 20 séances de prise en charge pour Amir Bejdadi

Date des soins	Nombre des séances
16/8/2023	1
19/8/2023	2
23/8/2023	3
26/8/2023	4
30/8/2023	5
2/9/2023	6
6/9/2023	7
9/9/2023	8
13/9/2023	9
16/9/2023	10
20/9/2023	11
23/9/2023	12
26/9/2023	13
30/9/2023	14
4/10/2023	15
7/10/2023	16
11/10/2023	17
18/10/2023	18
21/10/2023	19
25/10/2023	20

Cordialement,

Mamoun BEKKALI HASSANI

Mamoun BEKKALI HASSANI
Psychomotricien
Tel. +212 6 36 11 17 15



Facture
N° 17363

Amir Bejdadi

Casablanca

Casablanca le 11/11/2023

Désignation	Nombre Séances	Honoraire par séance	Total
Prise en charge psychomotrice	20	300,00	6 000,00
TOTAL			6 000,00

Arrêtée à la somme de :

SIX MILLE DIRHAMS

Cachet & Signature

*Mamoun BEKKALI HASSANI
Psychomotricien
Tél.: +212 6 36 11 17 15*