

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.

M23- 0027102

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0003215 Société : 184267

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KACHAL IJJOU

Date de naissance : 1848

Adresse :

Tél. : 0665275306 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENBRAHIM B. T. H.
Neuro - Psychiatre
Clinique des Jardins
206 Av. Mers Sultan Casablanca
Tél.: 05 22 47 34 53



Date de consultation : 22/11/2013

Nom et prénom du malade : IJJOU KACHAL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes 22/11/23	Natures des Actes CSS	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 500.00	Cachet et signature du Médecin attestant la validité des Actes DR. DERRAHIM RABAH Neuro - Psych Clinique des Jardins 206 Av. Mers Sultan Casablanca Tél.: 05 22 47 34 53
-----------------------------	--------------------------	-----------------------	---	---

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur 062049176 INPE	Date 22/11/23	Montant de la Facture 151.00
--	------------------	---------------------------------

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

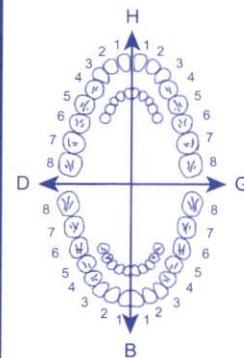
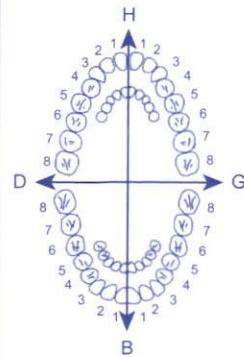
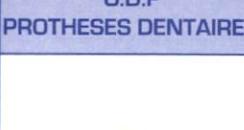
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553		Coefficient des travaux
	D 00000000	B 00000000		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 22/11/23

ORDONNANCE

3980 92- in KAHLA Ijpal. -

~~- Paroxyl stb~~

35.70^{x 2} 10 ft less

- Algarve  at point

af mrs
BLOC U.N. 1 DAROUA
TEL: 05 22 53 20 83

22 (Few ways)

Dr. BENBRAHIM Brahim
Neuro - Psychiatrie
Clinique des Jardins
206 Av. Mers Sultan Casablanca
Tél.: 05 22 47 34 53

LOT 230958 1
EXP 03 2026
PPV ~~35.70~~

LOT 231384 1
EXP 04 2026
PPV ~~35.70~~

~~AMITRIPTYLINE~~
Amitriptyline

PPV:39DH80
PER: 07/26
LOT: M2570

~~AMITRIPTYLINE~~
Amitriptyline

PPV:39DH80
PER: 06/26
LOT: M2025