

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.

M23-001671

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9600

Société : 196614

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHRA RAOUFI Ned

Date de naissance : 1952

Adresse : Abit

Tél. : 0693907445 Total des frais engagés : 537,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Docteur ALI RIMANI
Psychiatre
Rés Normandie 1^{er} étage Bd Sijelmassi et
Av de Nice 5^{ème} Etage N°9 Bourgogne
Casablanca - Tel: 05 22 22 51 40

Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : Dr Kaciou MKNATHI Sifa

Lien de parenté : Même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Depression

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : MUPRAS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 FEV. 2024

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 : CIASA Date : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : DR KACIOU MKNATHI SIFA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/24	187,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'OD.

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	21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	D	G	B	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

DOCTEUR ALI RIMANI

~~Psychiatre~~

الدكتور على رمانى

طيب أخصائي في الأمراض النفسية والعقلية

وصفة Ordonnance

23/12/24

Docteur ALI FIMA
Psychiatre
Rés Normande 2^{me} étage n° 9 3^e Sijelmassi
at Av de Nice Casabianca Tél : 05 22 22 57 40

84 70

4

Senley A'S

NS

13 Br

154

21

3691221

$\theta = \pi$

26.2

18

31

Anton

1

21/2
Dr. AL RIMANI
Psychiatre
2. Amt. N. Zürich

RDV : *Normandie 2. Arr^e sem^e stage N° 9000
15.2.22 22.57.40* الموعد

~~Residence Normandie 2, Angle Bd. Sijelmassi et Av. de Nice, 5^{eme} étage N°9 Bourgogne - Casablanca~~
Tél : 05 22 22 57 49 - GSM : 06 74 79 89 57

Tél.: 05 22 22 57 40 - GSM : 06 74 79 89 57



LOT: 08423005
PER: 10/2026
PPV: 16.23.04
16.23.20

PPV: 36 DH 20

25/20