

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 7669

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

900984

Nom & Prénom :

Ben mousa Jamal

Date de naissance :

6/13/1961

Adresse :

6, Rue ABOU ACAA ZAHR Apt 18

Quartier des Hôpitaux Casab

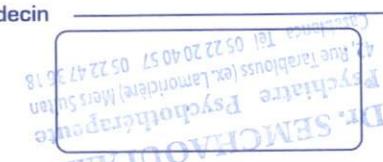
Tél. :

06 399 78246

Total des frais engagés : 2509,21 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/02/2024

Age :

Nom et prénom du malade :

BEON MOUSSA JAMAL

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

psychiatré

Affection longue durée ou chronique :

ALD

ALC

Pathologie :

7. Béni Hassan

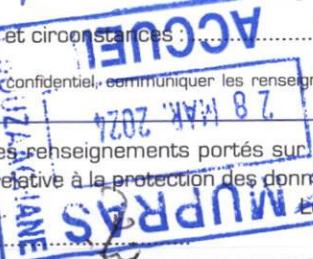
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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
31/12/2024	consultation		400.00	MC HOUAIS 
				Le praticien déclare que les honoraires sont entièrement payés.
				Le praticien déclare que les honoraires sont entièrement payés.
				Le praticien déclare que les honoraires sont entièrement payés.

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

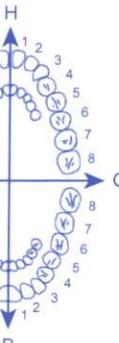
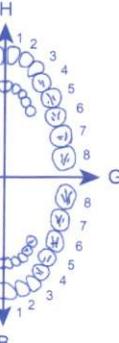
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Expertise Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدكتورة السمشاوي أمل

أخصائية في الأمراض العقلية
و النفسية

خريجة كلية الطب ببودروم

محلقة لرى المعالم

بالدعا

ن^R

Ben N

33000 CASABLANCA - TACHFINE
33000 CASABLANCA - TACHFINE
1123 D
33000 CASABLANCA - TACHFINE
33000 CASABLANCA - TACHFINE

09 FEV. 2024

8.V

11-4839
11-4878

8300 x 1 cornelin - 8.V

Anzfranil 75

6700 x 3 1 colis

Teralthe 200

12/11/1

CARREFOUR
DR S. BEN AICH SEKKAT
271 Casablanca
0522 618365

2700 x 2 1 cornelin - 2 colis

DR S. BEN AICH SEKKAT
271 Casablanca
0522 618365

12/11/18
0522 618365

Frank
33000

DR S. BEN AICH SEKKAT
271 Casablanca
0522 618365

110020

42، زنقة طرابلس (المور سعير) مرس السلطان البار البيضاء

42, Rue Tarabrousse (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca

الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

fax : 05 22 22 81 34

118001 0303

Anafranil® SR 75 mg

20 comprimés pelliculés sécables

P.P.V: 93,00 DH

LOT 2329161
EXP 09 2026
PPV 33.40 DH

⇒ X4 Ged

⇒ X2 Ged

LOT 232429 1
EXP 08 2026
PPV 35 70

⇒ X4 Ged

DÉPAKINE®
CH Sanofi-aventis Maroc
acid Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Valp DEPAKINE CHRONO 500 MG
30 c P.P.V: 113,30 DH
pell à lib 5 118001 081073

X4 Ged

SYNTHEMEDIC O
22 rue zoubair t, ou al souam roches
noires casablanca
SEROQUEL
100mg Cpr
Boîte de 60
2685 DMP/21INSF P.P.V: 276,00 DH
6 118001 021307

X2 Ged

Téralithe®

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Téralithe 260 mg B100 cp
P.P.V: 67,60 DH
6 118000 060895

X3 Ged

DÉPAKINE®
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V: 105,90 DH
6 118001 081073

à libération prolongée

X2 Ged