

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

60786

(R)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2761**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **TANANI BOUSSAID**

Date de naissance : **01.01.1955**

Adresse : **Coop ZEHABAD N° 14 BERRCHAD**

Tél. : **062 776362**

Total des frais engagés :

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



5 MARS 2021

Date de consultation : **04/03/2021**

Nom et prénom du malade : **Wiam Tanani**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection neuve psychiatrique

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 : **CASAB**

Le : **04/03/2021**

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
04/03 2021			40000	INP : 091107128 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
1-2 Mosquée TAMIR du Sante sportif	33 55 22 33 55 22	154,22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	G			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. Naoual AJOUB
Psychiatre



Psychiatrie de l'Adulte
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Addictologie
Thérapies Cognitives et Comportementales

الدكتورة نوال أوجوب
طبيبة نفسانية

الطب النفسي للكبار
الطب النفسي للأطفال والراهقين
طب الأدمان
العلاج النفسي المعرفي السلوكى

Nom : Wiam Tanani

Date : 04/03/2021

154,30

1/SCiTAP 10 mg



9743

1 - 0 0

الرجل الأخضر
مسعود
Dr. Sihem Mosquée Riad
Pharmacie Mosquée Riad
N° 1-2 Mosquée Riad
Hay Riad (Ancle du Stade 300m) Bouskhef
Tél /Fax: 05 22 93 88 22

LOT: KF00021
PER: NOV 2021
PPV: 154 DH, 30

1 m s

Dr. Naoual AJOUB
Psychiatre
Addictologie
Thérapies Cognitives et Comportementales
Bd. Yacoub El Mansour, Espace El Mansour 1^{er} étage, N° 13 Maarif - Casablanca
Tél.: 0522 98 07 08 / Mob.: 0663 10 35 80 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

شارع يعقوب المنصور، فضاء المنصور الطابق الأول، الرقة 13 - الدار البيضاء
الهاتف : 0522 98 07 08 / المحمول : 0663 10 35 80 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com