

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Biologie 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.

taire :

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.

adie 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

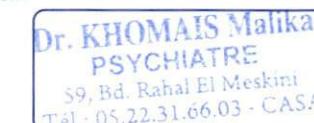
MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020546

| | | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | 2319 | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e). | | | | |
| Matricule : | IB6UI Haci | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | | |
| Nom & Prénom : | | IB6UI Marie-Christine | Date de naissance : | 01/12/1956 |
| Adresse : | | 255 Bd Mohamed V | Total des frais engagés : | |
| Tél. : | | 0661143430 | Dhs | |

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 30/06/2020

Nom et prénom du malade : IB6UI Marie-Christine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection neurologique

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 | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/06/2020 | CNPJ | CS | 450,00 | DR. KHALED EL MEKKI RS 10000000000000000000000000000000 59, Bd. Khal El Meekni Tél: 05.22.31.06.03 - CASA |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie de la Casablanca Dr. Khaled El Meekni Tél: 05.22.31.06.03 - Casablanca | 30/06/2020 | 462,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

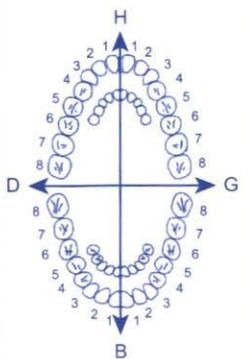
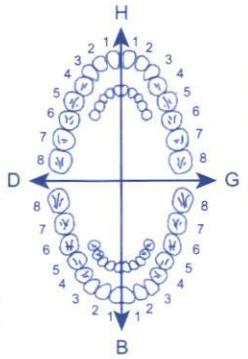
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------------------------|---|---|----------------------------|
|  | | | | |
|  | O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | MONTANTS DES SOINS |
| | | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur KHOMAIS Malika

PSYCHIATRE

Spécialiste en Psychiatrie

Diplômée de la Faculté de Médecine de
Bordeaux - France
Expertise Psychiatrique - Université
Claude Bernard - Lyon - France



الدكتورة الذهبي ملية

الأمراض العقلية والنفسية

طبيبة اختصاصية

خريجة كلية الطب بيوده - فنسا

الخبرة النفسانية بجامعة كلوبيرنار - ليون - فرنسا

PPV

Casablanca, le : 30/06/2020 : 2

IB Gui Marie-Christine

201.00 + -1) Zoloft u = 86.8
186.80 s pélate / j.S.V

2) Lexomil & Zepam 6

8500

3) Effemex

u960

a) Vitamine

46240

1 amp. ~~every~~ by 3 mos.

Traitement pour 3 mois

10/5
KHOMAIS Malika
PSYCHIATRE
59, Bd Zahal El Meskini
Tunis, 22.06.03 - CAS

59، شارع رحال المسكيتي - ش 13 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 66 03

59, Bd. Rahal El Meskini - Appt. 13 - 2ème Etage - Escalier gauche - Casablanca - Tél. : 05 22 31 66 03