

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.

N° W19-509255

NPD
34550

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Société :

Autre

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur. A. SAYEH
Neuro Psychiatre
54, Bd. Rahal Meskini
Tél : 05 22 29 97 61 / 63

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-509255

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 834550
 Nom de l'adhérent(e) : A. SAYEH
 Total des frais engagés : 300 + 55550
 Date de dépôt :



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	
2003-07-23	CyclPsy	1	3000 Dhs	INP : 091125765 Docteur A. SAYEH Neuro Psychiatre 54, Bd. Rahba Meskini Tél. 05 22 29 97 61 63	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
Avenue du Phare - Casablanca Tél. 05 22 29 97 63	23-07-2003	585,50			
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
VOLET ADHERENT					
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>					

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 canalaire, 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"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Docteur A. SAYEH

Spécialiste

NEURO - PSYCHIATRE

54,Bd. Rahal El Meskini

(Au Dessus Pharmacie Lorraine)

Casablanca

blanca, le 23 JUIN 2020

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7.5mg cp pell
séc b20
P.P.V: 41,50 DH

6 118000 012368

126,00 x 3

126,00 x 3
0 Rabat 10

126,00 x 3
0 Rabat 10

② Lexemil 6 en Androl

11.50 x 5 Rep au centre.

③ Imerane 7.5

585,50

Durée du Traitement :

Rendez-Vous : Le 21/09/2020 à 11h30

توقيت مستمر من الإثنين إلى الجمعة 9: صباحا 4 بعد الزوال - السبت 9 صباحا 1 جوا

Horaire Continu de Lundi au Vendredi de 9h à 16h - Samedi de 9h à 13h



السالم LC

LIMITED

PPV: 126 DH 00

Mé

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7.5mg cp pell
séc b20

P.P.V: 41,50 DH

6 118000 012368

النفس
العصبية
المسن

5 118000 012368

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7.5mg cp pell
séc b20

P.P.V: 41,50 DH

6 118000 012368

PPV: 126 DH 00

Mé

PPV: 126 DH 00

Mé

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7.5mg cp pell
séc b20

P.P.V: 41,50 DH

6 118000 012368

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7.5mg cp pell
séc b20

P.P.V: 41,50 DH

6 118000 012368

Maphar
Km 10, Route Côtier 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Imovane 7.5mg cp pell
séc b20

P.P.V: 41,50 DH

6 118000 012368

Docteur A. SAYEH
Neuro Psychiatre

54, Bd. Rahal Meskini

Tél: 05 22 29 97 61 / 63