

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

N° W19-426947

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	ca	<input type="checkbox"/> Optique	15211	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)					
Matricule :	8329	Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom :		REGAGUI Sais			
Date de naissance :		26/11/62			
Adresse :		25 Rue Oued Jerzeg - C.R. Cas			
Tél. :	Total des frais engagés :			2768,10 Dhs	
Cadre réservé au Médecin					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. KAROUMI Bouachaïb Psychiatre - Pédiopsychiatre 44, Rue des Hôpitaux - Casablanca Tel: 05 22 29 61 86 - 0522 29 22 42 INPE : 09 10 83 493 </div>					
Cachet du médecin :					
Date de consultation : 04-10-2019					
Nom et prénom du malade : REGAGUI Aida Age: 14/12/00					
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Dépression AT 325					
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 03 JAN 2020					
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 : Cas 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
6-10-1999	CS		600,-	Dr. KAROUMI Psychotax 22 Rue des Hôpitaux 1000 Bruxelles Tél. 02 22 29 61 36 - 02 22 29 83 493 INPE : 09 183 493

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ARAUCARIA El Hamra Tali Pharma 42, Rue d'Ifrane Hay CH - Casablanca 05 22 36 13 05	06/10/19	236810

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Dr.Bouchaib KAROUN

Diplômé de l'Université de Lyon (Docteur en Neurosciences Maître ès-Sciences Médicale Ancien Psychiatre au CHU de Ly Psychiatre - Psychothérapeute Enfants - Adultes

LOT : 005
PER : NOV 2020
PPV : 400 DH 00

LOT : 005
PER : NOV 2020
PPV : 400 DH 00

LOT : 005
PER : NOV 2020
PPV : 400 DH 00

ز في علوم الاعصاب
أستاذ في العلوم الطبية

طبيب سابق بالمركز الصحي الجامعي بليو
اختصاصي في الأمراض العقلية والنفسية

للاطفال والكبار

3x178,70

Casablanca Le : 04-10-19

6 118001 030071

Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

6 118001 030071

Anafranil® SR 75 mg
20 comprimés pelliculés sécables
PPV : 93.00 DH

PHARMACIE ARAUCARIA
Richam TALI Pharmacien
42, Rue d'Ifrane Hay Salam
Casablanca
Tél: 05 22 36 13 05 / 05 22 39 61 05

40000

X 4

- AR 1818H1 25. 0-0-1

S V

17870
X 3 S ERTRALINE 67200: 1-0-0

S V

9300
X 2 ANAFRANIL 75. 0-0-1

S V

2300
X 2 TERESTA 1mg. 0-0-1

E

TEMESTA 1MG
CP SEC B50

P.P.V : 23DH00

6 1180001 011569

021.301

236810

ad + 03 min

05.22.29.53.42 - 05.22.29.61.86 - المكتب (أول رنك) - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.29.53.42 - الفاكس : 44
44, Rue des Hôpitaux (en Face des Urgences du CHU Ibnou Rochd) 2 ème étage - Casablanca - Tél: 05.22.29.61.86 / 05.22.29.53.42 - Fax: 05.22.29.53.42

Dr. KAROUMI Bouchaib
Psychiatre - Pédiopsychiatre
Téléphone : 05.22.29.61.86 - 05.22.29.53.42
Téléfax : 05.22.29.61.86 / 05.22.29.53.42
Tél : 05.22.29.61.86 / 05.22.29.53.42
Téléfax : 05.22.29.61.86 / 05.22.29.53.42