

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème étage Angle Rue Mohamed Vuxint Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hortage Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 35 45 (LG) Fax : 05 22 21 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-499022

Coum

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **21715**

Matricule : **5459** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **CHAHOUI DRISS**

Date de naissance : **21/08/1958**

Adresse : **LOT : SAFSAF N° 63 MARRAKECH**

Tél : **0619832107** Total des frais engagés : **1390,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TALHAOUI Saedy
PSYCHIATRE / Psychothérapeute
Res. Al Mouhandir Im. D. 2 étage N° 5
Av. Abdoukrim El Khattari Gueliz Marrakech
Tel: 06 61 53 29 46 - 05 24 43 48 35

Date de consultation : **22/01/20**

Nom et prénom du malade : **CHAHOUI NIZMA** Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affectin Kerpys (ch) chr**

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 : **18 FEB 2020** Le : **18 FEB 2020**

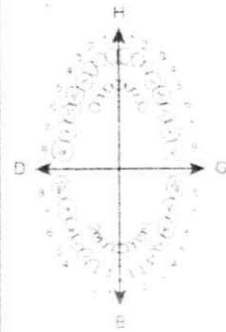
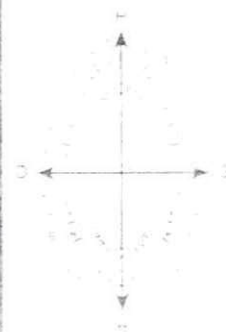
Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVÉ 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
22/01/2010	C	01	300,00 DM	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2010	1090,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D ————— G B [Création, remaniement, adjonction] (nature, matériau, nombre de couronnes)		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
			MONTANTS DES SOINS	
			DEBUT D'EXECUTION	
			FIN D'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Marrakech Le

22/01/2020

Chahoui

Dr. TALHAOUI Saeyd

Naïma

PSYCHIATRE / Psychothérapeute
Rés. Al Mouhandiz Imm. D. 2 étage N° 5
Av. Abdelkrim El Khattabi Gueliz Marrakech
Tél: 06 61 53 29 46 - 05 24 43 48 35

82

DC NR 22/01/2020

179.00 x2

① Velaxin L 75mg : 1-1-0

98.30 x3

② Athymil 30 : 0-0-2

259.00

③ Quetiaphil LP300 : 0-0-1

29.50 x3

④ Tenoten

45.00 x2

⑤ Zoptax 10mg

(= stilmax)

⑥ 30mg

1090.40

Pharmacie Al Honda
El Khattabi Hariza
Rue Mouhandiz Imm. D. 2 étage N° 5
Av. Abdelkrim El Khattabi Gueliz Marrakech
Tél: 05 24 43 48 35 - 06 61 53 29 46

Dr. TALHAOUI Saeyd
PSYCHIATRE / Psychothérapeute
Rés. Al Mouhandiz Imm. D. 2 étage N° 5
Av. Abdelkrim El Khattabi Gueliz Marrakech
Tél: 06 61 53 29 46 - 05 24 43 48 35

R.D.V

21 FEB 2020

98,30

98,30

98,30

LOT: EQ2904A
PER: AVR 2021
PPV: 259 DH 00

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V: 29DH50
LOT: 19ED02
PER: 08 2021



6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V: 29DH50
LOT: 19ED02
PER: 08 2021



6 118000 011576

TEMESTA 2,5MG
CP SEC B30
P.P.V: 29DH50
LOT: 19ED01
PER: 08 2021



6 118000 011576

PRV: 45,00
LOT:
PER:

PPV: 45,00
LOT:
PER:

LOT N°: 1907479
EXP: 07/2022
PPV: 179DH00

LOT N°: 1907479
EXP: 07/2022
PPV: 179DH00

