

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.

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

Maladie Dentaire Optique 23666

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENCHIKI ROUNA ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109, Rue MONTAIGNE VAL FLEURI

Tél. : 06 6146 52 24 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 27/02/2020

Nom et prénom du malade : BENCHIKI ROUNA ANISSA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enf

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 médecin conseil de la Mutuelle.

04 MARS 2020

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ACCUEIL Le :

Signature de l'adhérent(e) : Ben



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
cot psy		4200 HT	D SEMPERI Amel Psychiatre Psychothérapeute 12 Rue de la République 76100 Dieppe Tél. 05 22 20 30 57 05 22 20 30 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Le Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Al-Masjid Al-Haram Pharmacy Casablanca 14973	98 02 2020	148,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

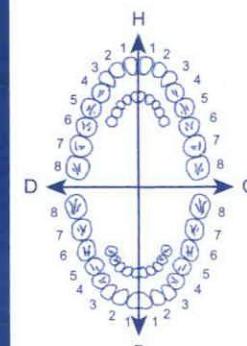
et signature Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DE

Le praticien est prié de préciser la dent traitée

Important

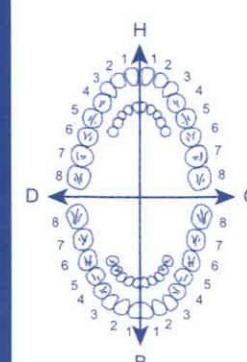
Veuillez joindre les radiographies en cas de



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

2 21 23 10
269421 **23.10**

PPV

COEFFICIENT DES TRAVAUX

P.P.V

1 2 4
1 2 8 2 3 2 6

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAIL

MONTANT
DES SOINS

DATE D
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Semchaoui Amel
Psychiatre
Psychothérapeute
Diplômée de la Faculté de
Médecine de Bordeaux
Expertise Assermentée auprès des tribunaux
Sur Rendez-vous

الدكتورة السمشاوي أمال
أخصائية في الأمراض العقلية
والنفسانية
خريجة كلية الطب ببودروم
محلقة لدى المحاكم
بالدعاوى

نوع بحثها عن أعراض

27 FEV 2020



126,80

Zwangsgehe

1 gehe le mehr



Lyssanc der ly cleso

pendant 24h

23,15



Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre Psychothérapeute
42 Rue Tarabrousse (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Casablanca Tel. 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18

1100 مرس السلطان - الدار البيضاء
169, 95

42، زنقة طرابلس (المورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarabrousse (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
fax. : 05 22 22 81 34