

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.

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.

Éducation :

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

Reclamation : 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 caractére 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

N° P19-0033138

ND: 29114

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19 56 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROU ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

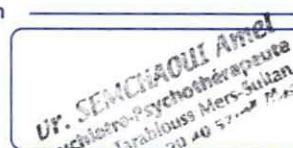
Adresse : 109, Rue Montaigne VAL ELEVNI

CASBLANCA

Tél. : 0661465994 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/06/2020

Nom et prénom du malade : BENCHEKROU ANISSA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dépression

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 : 08/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : Ben

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-033138

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
8/6/2023	cat psy		4000 Fr	Dr. Sébastien Amel Psychiatre - Psychothérapeute 32, Rue Larakiuss Mers-Suistan Tél: 02 30 20 37 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MASJID C.I.L. Dr. Sonia Aboumeroudne 22. Lotissement du Stade Hay Essalam C.I.L - Casa Tél : 0522 39 88 73	01/06/2020	721,42 253,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

881380

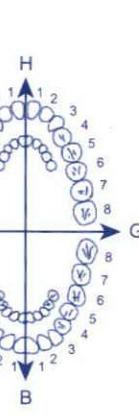
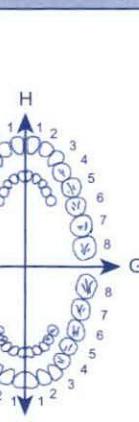
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 الأراضي العقلية
و النفسانية
خريجة كلية الطب ببودروم
محلفة لدري المسحال
باللغة

7^{me} Berchek Raa Annes

08 JUIN 2020

126,80 x 2

253,60

Zobfr gelule

1 g du  - 14 14

~~Total 253,60~~

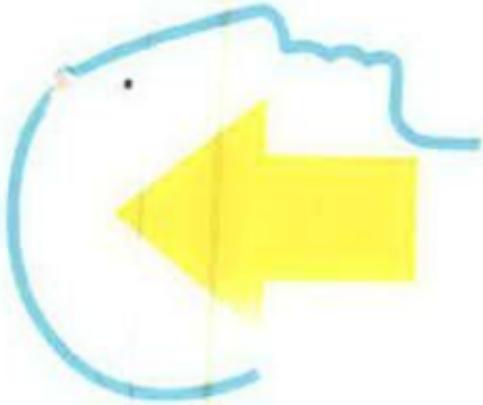
Dr. SEMCHAOUI AMEL
Psychiatre/psychothérapeute
42, Rue Tarabouss (ex. Lamoricière)
Mers Sultan
Casablanca


Dr. Semchaoui Amel
PHARMACIE MASJID C.I.L.
N°22, Loyerement du Stade
Hay Essaïdi, C.I.L - Casablanca
Tél. : 0522 39 88 73

 0 1 mer.

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

زولوفوت



سيبرالبين
50 mg

Zoloft® 50 mg

30 GELULES



Pfizer

30 كبسولة

UT . AV :

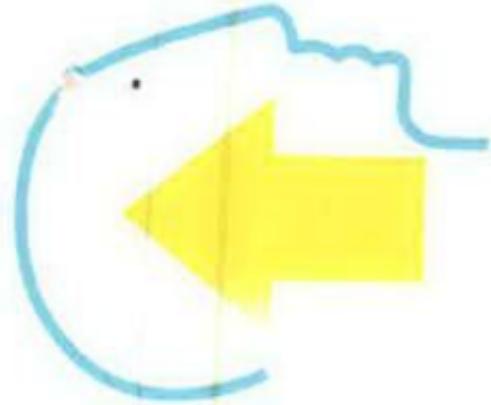
P.P.V

LOT N° :

1282 - 26

126,80

زولوفوت



سيبرالبين
50 mg

Zoloft® 50 mg
30 GELULES



Pfizer

30 كبسولة

UT . AV :

P.P.V

LOT N° :

1 2 8 2 - 26

126,80