

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W19-593818

72566

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2349

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUCHAMA ARDELILAH

Date de naissance :

20-6-1951

Adresse :

11 Rue Abdes Fau Ben Hamdane
2 mars casa IM Hamza 2
661453654

Tél. :

Total des frais engagés : 501 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

26 MAI 2021

Nom et prénom du malade :

BOUCHAMA ABDELFATH

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

psychiatrie

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 : casa

Signature de l'adhérent(e) :



2021

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 MAI 2021	CNP/SY		300,00	INP : 1111111111 HIRI JOUET HASSOUN Psychiatre PSY Psychologue PSY Psychomotricien PMT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. MOHAMED HASSOUN 77, Rue de l'Alma 75007 Paris Tél. 01 45 67 50 67 Fax 01 45 67 50 31	26-05-21	201,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

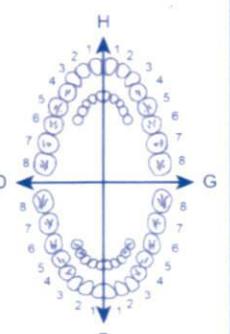
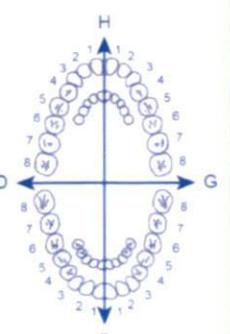
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Dentes Traitées	Soins	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mehdi TAHIRI JOUTEI HASSANI

د. مهدي طاهري جوطي حسني

Psychiatre
Psychothérapeute
Sexologue
Addictologue



أخصائي في الأمراض النفسية والعلقانية
معالج نفسي - العلاج المعرفي السلوكى
أخصائي في علم الجنس
أخصائي في علاج الإدمان

Casablanca, le

26/05/2021

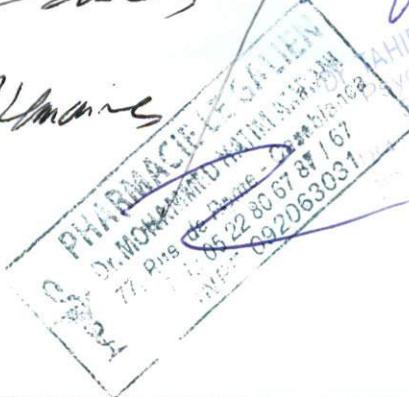
M Bouchama Abdellah

1/ N°-dep 50mg (18 de 60)

202,50 1/2 le soir x 02 mois
puis 1/2 le soir 1 jour sur 2.

H de 120 mg

par jour 100 mg



202,50
AHIRI JOUTEI HASSANI Mehdi
Psychiatre - Psychothérapeute
Sexologue - Addictologue



184 Angle avenue 2 Mars et boulevard El fida, Résidence La Perla, 2^{ème} étage, N°10, Casablanca

Tél: 05.22.82.82.03 / 06.87.90.87.87 dr.mehdi.tahiri@gmail.com