

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

MUPRAS :Centre Alial 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



Déclaration de Maladie

N° W19-550653
77137

Cocamer

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5459	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHOUI DRISS			
Date de naissance : 21/08/1958			
Adresse : LOT SAFSAF N° 63 MARRAKECH			
Tél. : 06 19 83 21 07	Total des frais engagés : 410,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
  			
Date de consultation : 24/06/2021	Age : 63 ans		
Nom et prénom du malade : CHAHOUI SAHMA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Nature de la maladie : Dr. Sahr + bt-photon		
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 : MARRAKECH

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 05/10/2021

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
16/10/2011	ac	1 x 300 MHT	300 MHT	INP : 1157100 B K6 Saeyd Dr. TALHA PSYCHIATRE / PSY Bou. Al Mouahidou 100 El Khattat 95 24 43 48 35
16/10/2011	ac	1 x 300 MHT	300 MHT	otherapeute D. 2 etage N° 5 Gueliz Marrakech
16/10/2011	ac	1 x 300 MHT	300 MHT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES			Tel: 06 8
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<i>Pharmacie de Heude</i>	<i>14/06/2021</i>	<i>110,90</i>	<i>DR. TALHAOUI Sayed</i>
<i>Lot: TAF-2569 - A-E D: 05/06/2021 - M: 05/06/2021</i>		<i>PSYCHIATRE à domicile, 2 chambres N° 5 Rue: Dr. Moulay El Khatib, 29/05/2021, 05 24 34 48 35</i>	
<i>Dr. TAF-2569-A-E D: 05/06/2021 - M: 05/06/2021</i>		<i>AU: Aladdin Bim, 05/05/2021, 05 24 34 48 35</i>	
<i>Dr. TAF-2569-A-E D: 05/06/2021 - M: 05/06/2021</i>		<i>Tel: 06 8</i>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

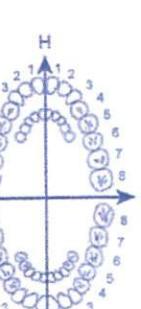
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS															
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION															
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> </td> <td style="padding: 2px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000			B	G	00000000	11433553	35533411			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
		B																	
G	00000000	11433553																	
35533411																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS															
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION															

Psychiatre

Psychothérapeute

Électroencephalographie

Diplômé de l'université M^{ed}V, Rabat



طبيب نفسي
معالج نفسي

التخطيط الكهربائي للدماغ

خريج جامعة محمد الخامس بالرباط

Marrakech le

14/06/2021

Chahoui Salma,
[03/02 - 10/23/91]

39.8 p

① Laroxyl 80mg: 5-5-7

34.7 p
② Gopz 200mg: 0-0-9

35.7 p
③ Alprazolam: 0-0-9

110.20

WBS

Dr. TALHAOUI Saeyd
PSYCHIATRE / Psychotherapeute
Rés. Al Mouhandiz Immeuble D. 2 étage,
Av. Abdellatif El Khattabi Gueliz Marrakech
Tel: 06 61 53 29 46 • 05 24 43 48 35

Laroxyl®
Amitriptyline

PPV: 39 DH 80
PER: 02/24
LOT: K359

PPV: 34 DH 70
PER: 03/24
LOT: K 917

35.00

105
Dr. TALHAOUI Saeyd
PSYCHIATRE / Psychothérapeute
Rev. Al Moudawine, B.P. 2001, N° 5
Av. Abdellah El Khatib, Marrakech
Tel: 06 61 53 29 46 - 05 24 43 48 35

23 JUIN 2021

BKW

