

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

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.

## entaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 8421 ..... Société : ..... 80188 .....

Actif  Pensionné(e)  Autre :

NASSI ME MOHAMED

Date de naissance : 01.07.1947

Adresse : Lotissement Agence Urbaine n°86

Lissacefa Casablanca

Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 502,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Samira CHARAHA

Médecin Spécialiste en Psychiatrie

Tél : 05 37 30 72 37

Gsm : 06 51 55 98 33

Date de consultation : 19.07.2021

Nom et prénom du malade : SAÏKYAT Farida Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : O.T.P.

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 : Casablanca Le : 19.07.2021

Signature de l'adhérent(e) :

M 06 AOUT 2021  
MUPRAS  
SAÏKYAT FARIDA  
Signature



#### **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
19/01/2023	CNPq	1	Gratuit	<i>DR. Sanya CHAIBI</i> Médecin Spécialiste en Psychiatrie Tél : 05 37 30 72 31 Gsm : 06 24 55 96 33

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Zerblout KHADDOUJI N° 363 Soc. Azharonne Tel N° 05 37 50 00 20 Intra - Tel : 05 37 50 00 20 INP 052012754	19/07/2021	502,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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. CHARAHA Samira

Psychiatre - Psychothérapeute

Psychiatrie de l'adult , l'enfants et de l'adolescent

Diplômée de la facutlé de médecine de Rabat

Ex-Médecin à l'hôpital Arrazi (Salé)



## د. شراها سميرة

طبيبة نفسانية - معالجة نفسانية

الطب النفسي للكبار - الأطفال - المراهقين

خربيحة كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي (سلا)

Kénitra le : 19/02/2021 القنيطرة في

Mme SAKYAT

Fam

125,60 X 04

1) Bi préférax

Dr. Samira CHARAHA  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
Tél : 05 37 30 72 37  
Gsm : 06 54 55 96 33

11.25

SV

le sp/jour

502,00

Dr. Samira CHARAHA  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
Tél : 05 37 30 72 37  
Gsm : 06 54 55 96 33

Pharmacie ALHAROUNE  
Dr Zerhoul A. HADDOUJ  
Bâtiment 1000 N° 363  
Kénitra - Tél : 05 37 35 00 20

Durée du Traitement

04 mois

مدة العلاج

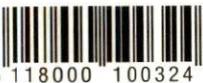
Prochain RDV

الموعد المقبل

**Bipreterax®**

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

125,60

**Bipreterax®**

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

→ 125,60

**Bipreterax®**

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

→ 125,60

**Bipreterax®**

Arginine 5 mg/1,25 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 100324

→ 125,60