

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-678885

119598

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

7082

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

FARIS TAOUFK

Date de naissance :

07 02 1958

Adresse :

Res chabab zone D m b 13 N° 3 Ain Sébaa Casq

Tél. :

0668385521

Total des frais engagés : 475,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. YACOUBI Fatima Zahra

Psychiatre

F7 Hay Chabab Zone A Appt. 1

Ain Sébaa - Casa

INPE : 091237198

Date de consultation :

12/10/2022

Nom et prénom du malade :

Allal Ben Abdellah

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affec. ps

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/10/2022

VOLET ADHÉRENT

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
12.05.2022	CMPSW		300 DH	REF: 14447198 091237198 Dr. BIRIRATIMA Zahra Psychiatre Ain Sebaa - Casablanca Zone A INP: 14447198

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/05/22	15.80
	12/05/22	160.00

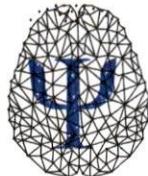
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Nom et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ESQUERRE & SARRASIN Lyon			

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				CoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><hr/></td> <td style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>	<hr/>	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>	<hr/>																			
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Dr. YACOUBI Fatima Zahra

Psychiatre - Psychothérapeute
Psychiatrie de l'enfant, l'adolescent
et de l'adulte - Addictologie
Thérapie Comportementale et Cognitive



د. يعقوبي خاطمة الزهراء

طبيبة أخصائية في الأمراض النفسية والعقلية
الطب النفسي للأطفال، المراهقين والكبار
طب الإدمان
العلاج السلوكي المعرفي

Nom : Atilan Al Khousaie

Date : 2022

Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre Zone A App. 1
F7 Hay Chabab Tel: 0522.75.97.15
Ain Sebaa Casablanca APE: 091237198



PHARMACIE ATHINA
DATE: 21/05/22
N: 1227332

80,00 x 2
1 - Scetop cp 30 →

 160.30 2 - AtlyniL cp 30 →

 T12

PHARMACIE ATHINA
 N° Lot Chabab Groupe C2
 Ain Sebaa CASABLANCA
 TPE: 092067115
 Tel: 0522.73.74.73

Dr. YACOUBI Fatima Zahra
Psychiatre Zone A App. 1
F7 Hay Chabab Tel: 0522.75.97.15
Ain Sebaa Casablanca APE: 091237198



05.22.75.97.75 / 06.54.25.09.58



fatimzahra

📍 F 7, Hay Chabab Zone A, Etage 1, Appt. 1, Ain Se

CE : 002267326000062

CiplaMark

(Société ACIMA Bernoussi) - Casablanca