

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03070

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILALI Ihoussaine

Date de naissance :

01/01/52

Adresse : 494 Gr. Benata cc Qods s/p CHSA

Tél. : 06.19.64.57

Total des frais engagés : 1995 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/07/2022

Nom et prénom du malade : HILALI AFAF

Age : HANDICAPÉ

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CHSA

Le : 01/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0005226

125286

Optique

Autres

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
28/07 2022			300,00 DH	Said ARSALAN PSYCHIATRE Rue de Bagdad - 1 ^{er} étage Almedia - Tel: 023 32 95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAMD Unn. Gharb - Cité Al Boustante Al Qods S.A.R.L. - Casablanca Tél: 05 22 77 03 71	28/7/22	1691,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

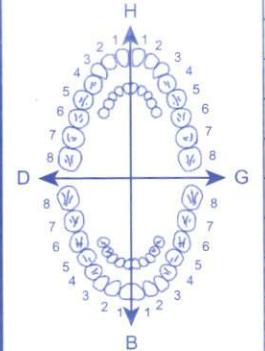
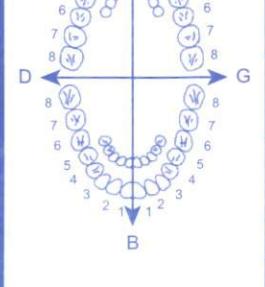
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prot

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature Soins	Coefficient
			
			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	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

Docteur Said ARSALANE

Psychiatre

Ancien Médecin du
Centre Psychiatrique Universitaire
Bnou Rochd - Casablanca

الدكتور سعيد أرسلان

طبيب نفساني

طبيب سابق بالمركز النفسي
الجامعي بن رشد - الدار البيضاء

899

Mohammedia, le

28 JUIL 2022

الحمدية. في:

Hilali Ifaf

339,00

PHARMACIE AL HAMD
Rue de Bagdad, 2ème étage
Bnou Rochd - Casablanca
Tél. 0523 32 73 03 71

Solien 200

0 - 1/2 - 1

S.V

6208

03-05-15

3

1691,00

PHARMACIE AL HAMD
Rue de Bagdad, 2ème étage
Bnou Rochd - Casablanca
Tél. 0523 32 73 03 71

Said ARSALANE
Psychiatre

Dr Raghdad, 2ème étage
Al Qods 5, Benoussi Casablanca
Tél. 0523 32 95 98

RV: 26/10/2022 à 11h

13, Rue de BAGDAD 2ème étage
Mohammedia
Tél.: 0523 32 95 98

13. زنقة بغداد الطابق الثاني
الحمدية
الهاتف.: 0523 32 95 98

E-Mail : arsalane psy@yahoo.fr