

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 : 8899 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHELKITA ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 319357 Total des frais engagés : 102,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

DR REDA Anouar
Psychiatre et Psychothérapeute
75, Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des Hôpitaux
Tél : 0522 86 04 65 / GSM : 0661 26 60 58

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chekha Abdellah Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Psychiatre

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 : 07/12/22
Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/12/22 | S | | 420,00 | INP : 0912478110 Dr. REDA Anouar Psychiatre et Psychothérapeute 75, Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des Hôpitaux Tél.: 0522 86 04 65 / GSM : 0661 25 60 11 |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 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"/> |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION <input type="text"/> |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | |
| (Création, remont, adjonction) | | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |

05/12/2022

Facture

CHELKHA ABDELILAH

| Acte | Honoraire |
|------------------|------------------|
| Consultation 400 | 400,00 Dh |
| Total | 400,00 Dh |

Arrêté la présente facture à la somme de :
quatre cents dirham(s)

*Dr. REDA Anouar
Psychiatre et Psychothérapeut
75, Rue Abou Alaa Zahar, Quartier des Hôpitaux
Tél : 0522 86 04 55 / Gsm : 0661 26 61*